



**GÖTEBORGS UNIVERSITET**  
**INSTITUTIONEN FÖR PEDAGOGIK OCH DIDAKTIK**

# **En evidensstudie**

**Finns evidens för de metoder som används av  
specialpedagoger på Barn- och  
ungdomshabiliteringen?**

**Annika Pilups och Maria Attfors-Östlind**

---

Uppsats/Examensarbete: Magisteruppsats 15 hp  
Program och/eller kurs: PS6100/PDA252  
Nivå: Avancerad nivå  
Termin/år: Vt 2011  
Handledare: Marianne Lundgren  
Examinator: Girma Berhanu  
Rapport nr: VT11-IPS-05 PS6100

# Abstract

Uppsats/Examensarbete: Magisteruppsats 15 hp  
Författare: Annika Pilups och Maria Attfors Östlind  
Program och/eller kurs: PS6100/PDA252  
Nivå: Avancerad nivå  
Termin/år: Vt 2011  
Handledare: Marianne Lundgren  
Examinator: Girma Berhanu  
Rapport nr: VT11-IPS-05 PS6100  
Nyckelord: funktionsnedsättning, barn, specialpedagogiska metoder, evidens, Barn- och ungdomshabilitering

---

**Syfte:** Studiens syfte är att undersöka vilken evidens det finns kring effekten av de metoder som specialpedagoger inom Barn- och ungdomshabiliteringen använder i sitt arbete.

**Metod:** Kartläggning av vilka metoder som används av specialpedagogerna på Barn- och ungdomshabiliteringen i Sverige har skett via en enkät. Urvalet av specialpedagoger var ett icke slumpmässigt kvoturval i olika delar av Sverige, i småstad, storstad samt på landsbygd. I enkäten framkom även i vilken omfattning och till vilka diagnosgrupper som metoderna används. Evidenssökning gjordes på nio metoder, de mest frekvent använda av informanterna. Forskning på dessa metoder har sökts nationellt och internationellt, framförallt i vetenskapliga artiklar.

**Resultat:** Enkäten besvarades av 77 specialpedagoger inom Barn- och ungdomshabiliteringen i Sverige. Det framkom att specialpedagogerna använder 21 olika metoder. Studien visar att det finns stor erfarenhetsbaserad kunskap på de flesta metoder både i Sverige och i andra länder. Det är svårt att finna evidensstudier med målet att mäta effekten av en speciell metod. På sex av metoderna fann vi viss evidens. Studierna är oftast genomförda på ett litet underlag, det saknas ofta kontrollgrupper och effekten mäts inte på lång sikt. Ett fåtal av studierna var svenska. De flesta studier som hittades rörde barn med autism och få av studierna påvisar forskning kring barn och ungdomar med flerfunktionsnedsättning. I enkäten framkom att specialpedagogerna använder alla metoder till olika diagnosgrupper, vilket innebär att det kan vara svårt att överföra resultaten. Forskningsområdet upplevs inte som prioriterat.

I studien fann vi att tidiga insatser med olika metoder visar på positiv effekt för barnets utveckling. Det framkommer att det finns ett stort behov av forskning kring evidens inom området.

# Innehållsförteckning

<b>Abstract .....</b>	<b>1</b>
<b>Innehållsförteckning .....</b>	<b>2</b>
<b>Bakgrund.....</b>	<b>5</b>
<b>Viktiga begrepp i studien.....</b>	<b>6</b>
<b>Litteraturgenomgång .....</b>	<b>8</b>
Barn- och ungdomshabilitering .....	8
Lagstiftning.....	9
Styrdokument och konventioner.....	9
Team .....	10
Specialpedagogisk profession i Barn- och ungdomshabilitering .....	11
Arbetsätt .....	11
Habiliteringens övergripande mål .....	12
Barn- och ungdomshabiliteringarnas målgrupp .....	12
Diagnos .....	12
Diagnoser som innebär rörelsehinder .....	13
Utvecklingsstörning .....	13
Downs syndrom.....	13
Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD).....	14
Flerfunktionsnedsättning .....	14
Autism/autismspektrumstörning.....	14
Förvärvad hjärnskada .....	14
<b>Metoder som specialpedagoger inom Barn- och ungdomshabiliteringen använder.....</b>	<b>15</b>
Metoder.....	15
Tydliggörande pedagogik .....	16
Bildstöd.....	16
Lek .....	16
Alternativ och Kompletterande Kommunikation (AKK) .....	17
Sociala berättelser.....	18
Seriesamtal .....	18
Gruppverksamhet .....	18
Picture Exchange Communication System (PECS) .....	18
Dator .....	19
Eklektisk metod .....	19
TEACCH .....	20
Samtal i speciellt syfte.....	20
Musik.....	20
Intensivinläring grundad på TBA .....	21
Lilli Nielsen .....	21
Karlstadmodellen.....	21
Intensivträning .....	22
Snoezelen.....	22
Sensory Integration.....	22

Taktil massage .....	23
Marte Meo .....	23
<b>Specialpedagogik som forskningsområde .....</b>	<b>24</b>
<b>Evidens.....</b>	<b>26</b>
<b>Syfte och frågeställningar.....</b>	<b>28</b>
<b>Metod i föreliggande studie .....</b>	<b>29</b>
Val av metod.....	29
Utformandet av enkäten.....	29
Pilotstudien .....	30
Urval .....	30
Etiska överväganden.....	31
Genomförande .....	32
Svarsfrekvens och bortfall.....	32
Sammanställning av enkätsvaren.....	33
Underlag .....	33
Urval av metoder att söka forskning på.....	33
Evidensurval .....	33
Databaser .....	33
<b>Reliabilitet, validitet och generaliserbarhet.....</b>	<b>35</b>
Förförståelse .....	36
<b>Resultat .....</b>	<b>37</b>
Frekvensen av specialpedagoger som använder vilken metod.....	37
Fördelning på diagnosgrupper och i vilken omfattning metoden används.....	38
Forskning på de olika metoder som används av specialpedagoger på habilitering.....	39
Presentation av studierna .....	44
Tydliggörande pedagogik .....	44
Bildstöd.....	46
Lek.....	48
AKK – Alternativ och Kompletterande Kommunikation .....	51
Seriesamtal - Comic Strip Conversation .....	53
Sociala berättelser.....	55
PECS.....	57
TEACCH.....	60
Dator.....	62
<b>Redovisning av svaren på den öppna frågan.....</b>	<b>65</b>
Kommentarer om evidens.....	65
Kommentarer om metoder som används av specialpedagoger på habiliteringen .....	65
<b>Metoddiskussion .....</b>	<b>67</b>
<b>Resultatdiskussion .....</b>	<b>68</b>
Förslag på framtida forskning .....	71

<b>Referenslista .....</b>	<b>72</b>
----------------------------	-----------

## **Bilagor**

Bilaga 1. Enkät

Bilaga 2. Brev till informanter

Bilaga 3. Brev till habiliteringschef

Bilaga 4. Diagram för de metoder som inte redovisas i resultat.

## Bakgrund

Barn- och ungdomshabiliteringen i Sverige är en landstingsverksamhet som ger insatser till barn och ungdomar med funktionsnedsättning. Kunskapsområdet inom rehabiliteringen är tvärprofessionell och representerar områdena medicin, pedagogik, sociologi, psykologi och på senare tid teknik.

Under 1990-talet och början på 2000-talet har en diskussion kring vilka metoder som används och effekten av de metoder som olika professioner använder i Barn- och ungdomshabiliteringen skett i patientorganisationer, i samhället och på Barn- och ungdomshabiliteringen. Detta är fortfarande en högaktuell debatt inom verksamheterna och vi anser att det är viktigt att lyfta fram denna fråga inom området specialpedagogik. Socialstyrelsen påtalar att för att kunna ge god vård krävs att:

De rehabiliteringsinsatser som görs för barn med medfödda funktionsnedsättningar skall gå att mäta och följa upp likväl som rehabiliterings insatser till individer i alla åldrar med både medfödda och förvärvade funktionsnedsättningar. Det är idag inte möjligt att på nationell nivå följa upp vare sig rehabiliterings- eller rehabiliteringsinsatser på ett tillfredsställande sätt, dvs. viktig information registreras/dokumenteras inte och det går därför inte att fånga data via register eller andra informationssystem. Det är därför av stor vikt att mätmetoder, indikatorer och datakällor utvecklas. (Lawrence & Lindelius, 2009, s. 32)

Mot bakgrunden av att Barn- och ungdomshabiliteringen styrs av Hälso- och sjukvårdslagen (HSL, 1982:763) skall arbetet på rehabiliteringen vara evidensbaserat, d.v.s. insatserna skall utgå från bästa tillgängliga vetenskapliga faktaunderlag, tillsammans med klinisk erfarenhet och patientens preferenser (SBU, 2010).

Vi är båda anställda som specialpedagoger inom Barn- och ungdomshabiliteringen sedan 1980- talet, delvis på samma arbetsplats. Specialpedagoger inom rehabiliteringen använder flera olika metoder för att stödja barn och ungdomar med funktionsnedsättning som behöver insatser inom olika utvecklingsområden. Insatserna är beroende på patientens behov, omfattningen av funktionsnedsättningen och effekten av funktionsnedsättning för den enskilda individen. Redan på 1980- talet diskuterades val av metod i vårt arbete. Metoden valdes utifrån pedagogens bedömning av barnet och efter väl beprövad erfarenhet. Effekterna av metoden mättes på varierade sätt. Det som fungerade för ett barn kanske prövades på ett annat barn. Utvärdering av effekten av metoden skedde många gånger genom subjektiva bedömningar utifrån pedagogens observationer.

Vi har idag lång erfarenhet av att arbeta med olika metoder för att stödja och stimulera barnets utveckling och inläring. Vår erfarenhet säger att alla barn är unika och att det finns många olika vägar att gå det gäller att hitta det rätta sättet att stimulera barnet. I vårt arbete på rehabiliteringen väljer vi många gånger att använda delar av en metod eller att kombinera olika metoder. I vår yrkesgrupp diskuteras kontinuerligt metodval och vilken effekt som metoden ger. Utifrån detta har vi också funderat på till vem de olika metoderna används. Används en viss metod till en speciell grupp av barn exempelvis barn med en specifik diagnos. Ger metoden effekt om den bara används ibland eller kräver vissa metoder att den används kontinuerligt.

Vi upplever att insatser ofta ger effekt, men att det är svårt att finna dokumentation om effekten av de olika metoderna. Den diskussion som har förekommit i yrkesgruppen tillsammans med den pågående implementeringen av att använda sig av evidensbaserade

metoder på Barn- och ungdomshabiliteringen har hos oss väckt intresse för vilken utvärdering av effekt det finns på de metoder som specialpedagoger använder. Vi har därför valt att i denna studie fokusera på vilken evidens det finns för de metoder som används av specialpedagogerna på Barn- och ungdomshabiliteringen.

Vår intention är att resultatet från denna studie kan vara ett stöd för specialpedagoger vid val av metod i deras kliniska arbete på Barn- och ungdomshabiliteringen. En önskan är också att vi specialpedagoger i större utsträckning än i dag skall kunna påvisa den evidens som finns om effekterna av de olika metoderna som används. Förhoppning är även att studien kan visa på de områden där forskning saknas eller behöver fördjupas.

## Viktiga begrepp i studien

I följande avsnitt presenteras begrepp som återkommer i denna studie.

*Habilitering* förklaras i Svenska Akademiens ordlista (2010) som träning av fysiskt och psykiskt funktionshinder. ”Habilitering kommer från det latinska ordet *habilis* som betyder duglig” (Wermeling, 2005, s. 11). Wermeling menar också att habilitering kan innebära den process som blir när en person med funktionsnedsättning tar emot insatser av en vårdgivare. Habilitering kan också betyda verksamheten i sig.

*Insats* definieras:

”Handling som är inriktad på visst resultat” (SOSFS 2007:10, s. 4).

*Rehabilitering* definieras:

Insatser som skall bidra till att en person med förvärvad funktionsnedsättning, utifrån dennes behov och förutsättningar, återvinner eller bibehåller bästa möjliga funktionsförmåga samt skapar goda villkor för ett självständigt liv och aktivt deltagande i samhällslivet.  
(SOSFS 2007:10, s. 4)

*International Classification of Functioning, Disability and Health-Children and Youth Version - ICF-CY* (2010) är den klassifikation och beskrivning av funktionshinder som habiliteringen har som underlag när målgrupper beskrivs. Socialstyrelsen (2010:25) beskriver att ”ICF ger möjlighet att beskriva en persons funktionstillstånd, funktionshinder och hälsa utifrån en biopsykosocial modell”.

### *Funktionshinder och funktionsnedsättning*

De begrepp som används i Sverige för att beskriva en persons hälso- och funktionstillstånd och personens begränsningar i förhållande till omgivningen är begreppen funktionshinder och funktionsnedsättning. Dessa begrepp är rekommenderade att användas i vård och omsorg av Socialstyrelsen och Sveriges kommuner och landsting (2010). Socialstyrelsens termbanks<sup>1</sup> (2010) definierar funktionsnedsättning och funktionshinder på följande sätt: Funktionsnedsättning beskriver ”nedsättning av fysisk, psykisk eller intellektuell funktionsförmåga”. Funktionshinder beskriver ”begränsning som en funktionsnedsättning innebär för en person i relation till omgivningen”. Definitionerna är baserade på ICF, WHO (World Health Organisation). De termer som används i samhället speglar synsättet på funktionshinder i samhället, nationellt och internationellt. Brodin och Lindstrand (2007) beskriver att synen på funktionshinder kontinuerligt förändras och att förklaringsmodellen till de svårigheter barn och ungdomar har påverkas av rådande samhällssystem och det klimat som finns i samhället. Brodin och Lindstrand uttrycker även att ”De förklaringsmodeller man väljer är i grunden en spegling av den rådande människosynen” (s. 43).

---

<sup>1</sup> Socialstyrelsens termbank är en terminologibank med ord som Socialstyrelsen rekommenderar användas i kommun och landsting.



### *Specialpedagogik*

Det generella som rör alla barn är pedagogik. Det specifika, sådant som blir aktuellt för barn som behöver mer och annorlunda insatser för att nå optimal utveckling och optimalt lärande, är specialpedagogik. (Björck-Åkesson, 2007, s. 91)

*Metod* är enligt Svenska Akademiens ordlista (2010) ett förfaringssätt. Andra synonymer är: sätt, tillvägagångssätt, handgrepp, system, teknik, procedur, plan och strategi. I denna studie används ordet metod med förklaring att en metod är avgränsad och har ett specifikt syfte.

### *Evidens*

SBU:s (Statens beredningsinstitut) beskrivning är följande:

Evidens - något som bedöms tyda på att ett visst förhållande gäller (av latinets *evidentia* tydlighet) (SBU, 2008a). Evidensbaserad sjukvård är - bästa tillgängliga vetenskapliga fakta- underlag, tillsammans med kliniks erfarenhet och patientens preferenser (SBU, 2008a).

Evidensstyrka anger - hur många studier med visst bevisvärde som ligger till grund för en viss slutsats (SBU, 2008a).

Evidens beskrivs mer ingående i kapitlet Evidens.

# Litteraturgenomgång

I litteraturgenomgången kommer för studien relevant litteratur och forskning att beskrivas. Inledningsvis sammanfattas Barn- och ungdomshabiliteringens organisation samt de styrdokument och lagar som styr verksamheten.

## Barn- och ungdomshabilitering

Begreppet habilitering började användas på 1950-talet. I slutet av 1950-talet började uppbyggnaden av den moderna barnhabiliteringen i Sverige. År 1958 invigdes Bräcke Östergård i Göteborg, det första habiliteringscentret för barn och ungdomar med rörelsehinder och deras familjer, som sedan blev Regionhabiliteringen, Drottning Silvias Barn- och ungdomssjukhus. År 1962 startades ett liknande center i Uppsala, Folke Bernadottehemmet, som sedan blev Folke Bernadotte regionhabilitering. År 1970 blev habilitering en medicinsk specialitet (Åman, 2006). Omsorgerna om barn och ungdomar med utvecklingsstörning har ingått i en särskild organisation, huvudman för denna organisation har varierat över tid. Under 1980 – 1990-talet blev Barn- och ungdomshabiliteringen samordnad, d.v.s. omsorgerna för personer med utvecklingsstörning blev sammanslagna med habilitering för rörelsehindrade. Habiliteringen arbetar i samverkan med och kompletterar de insatser som görs av kommun, primärvård och sjukvård.

I Socialstyrelsens termbank definieras habilitering på följande sätt:

Insatser som skall bidra till att en person med medfödd eller tidigt förvärvad funktionsnedsättning, utifrån dennes behov och förutsättningar, utvecklar och bibehåller bästa möjliga funktionsförmåga samt skapar goda villkor för ett självständigt liv och ett aktivt deltagande i samhällslivet. (SOSFS 2007:10, s. 4)

Socialstyrelsen skriver att rehabilitering innebär att en person med förvärvad hjärnskada erbjuds insatser som återvinner eller bibehåller bästa möjliga funktionsförmåga. Samt att habiliteringen skapar goda villkor och förutsättningar för personen att kunna leva ett självständigt och aktivt liv i samhället. Wermeling (2005) menar att habiliteringsinsatser till stor del är hälsofrämjande och därför kan habiliteringen anses ha en salutogen<sup>2</sup> inriktning. Hälsoperspektivet har fått en ökad betydelse de senaste åren. I styrdokumentet för Västra Götalands förvaltning Habilitering & Hälsa 2010 formuleras detta på följande sätt:

Förvaltningen skall sträva efter ett hälsofrämjande perspektiv i arbetet, d.v.s. att lyfta fram individens resurser och möjligheter i stället för att fokusera på svagheter. (s. 3)

## Lagstiftning

Habiliteringen styrs av Hälso- och sjukvårdslagen (HSL, 1982:763). I HSL finns bestämmelser för hur landstingen skall ansvara för medborgarnas behov av hälso- och sjukvård. HSL beskriver att invånarna skall erbjudas habilitering och rehabilitering samt hjälpmedel för personer med funktionsnedsättning.

---

2 Salutogen med betydelse hälsofrämjande (SAOL, 2010)

## Styrdokument och konventioner

I *Styrdokumentet för Västra Götalandsregionens verksamheter i förvaltningen Habilitering & Hälsa* (2010) skrivs:

Målet med verksamheten inom Habilitering & Hälsa är att skapa förutsättningar för personer med funktionsnedsättningar att kunna leva ett gott liv och få full delaktighet i samhället utifrån egna val. Insatserna ska bidra till att minimera de funktionshinder och effekterna av olika funktionsnedsättningar genom att stärka individen. (s. 2)

*WHO:s klassifikation av funktionshinder, ICF*, är den beskrivning av funktionshinder som habiliteringar har som underlag när målgrupper beskrivs. ICF beskriver både funktionshindret och dess påverkan på individen.

Standardreglerna som Sverige har antagit innebär ett politiskt åtagande att anpassa samhället till alla människor. Syftet är bland annat att säkerställa att personer med funktionsnedsättning har samma rättigheter och skyldigheter som andra medborgare i samhället. Principen om lika rättigheter innebär att varje individ har lika värde. Den enskildes självbestämmande ska respekteras. (Habilitering & Hälsa, 2010)

*Barnkonventionen* är inte en lag i Sverige men ett rättsligt bindande internationellt instrument som innehåller bestämmelser om mänskliga rättigheter för barn (Regeringskansliet, 2006).

I Barnkonventionen Artikel 23 skrivs följande:

Konventionsstaterna erkänner att ett barn med fysiskt eller psykiskt handikapp bör åtnjuta ett fullvärdigt och anständigt liv under förhållanden som säkerställer värdighet, främjar självförtroende och möjliggör barnets aktiva deltagande i samhället. (s. 43)

Artikel 31 i Barnkonventionen kan sammanfattas med att barnet skall ha rätt till vila, fritid och lek. Barnet skall fritt kunna delta i kulturutbudet.

En annan konvention av betydelse är FN:s konvention för mänskliga rättigheter. Konventionen är juridiskt bindande i de länder där konventionen är ratificerad.

*FN:s standardregler*

FN:s 22 standardregler finns för att tillförsäkra människor med funktionsnedsättning delaktighet och jämlikhet. Reglerna uttrycker tydliga principiella ståndpunkter när det gäller rättigheter, möjligheter och ansvar inom olika samhällsområden. De ger också konkreta förslag på hur ett land kan minska hinder för personer med funktionsnedsättning och skapa ett tillgängligt samhälle. Standardreglerna är inte juridiskt bindande för medlemsstaterna, men tanken är att de ändå ska påverka hur olika länder formar sin handikappolitik genom att vara moraliskt förpliktande (Regeringen, 2010).

*FN:s konvention om rättigheter för personer med funktionsnedsättning* är den senaste FN-konventionen och ratificerades av Sverige 2007 (Regeringen, 2008). Den tillhör de centrala konventionerna om mänskliga rättigheter. Förenta Nationernas internationella konvention om rättigheter för personer med funktionsnedsättning innehåller bl.a. denna formulering i Artikel 26:

## Habilitering och rehabilitering

Punkt 1. Konventionsstaterna ska vidta effektiva och ändamålsenliga åtgärder, däribland genom kamrattstöd, för att göra det möjligt för personer med funktionsnedsättning att uppnå och vidmakthålla största möjliga oberoende, full fysisk, mental, social och yrkesmässig förmåga samt fullt inkluderande och deltagande i livets alla aspekter. I det syftet ska konventionsstaterna organisera, förstärka och utsträcka heltäckande habiliterings- och rehabiliteringsstöd och habiliterings- och rehabiliteringsprogram, särskilt på områdena hälsa, sysselsättning, utbildning och social service på så sätt att dessa tjänster och program

- a) börjar så tidigt som möjligt och grundas på en tvärvetenskaplig bedömning av vars och ens behov och förmåga, samt
- b) stöder deltagande och inkluderande i samhället och alla aspekter av det och är frivilliga och tillgängliga för personer med funktionsnedsättning så nära deras egna hemorter som möjligt, även på landsbygden. (s. 23)

## Team

Habilitering är den specialitet som från början haft en helhetssyn på den handikappades och dennes familjs behov av hjälp och stöd. Inom få medicinska specialiteter framträder lagarbetets betydelse som här, och verksamheten kan i många stycken sägas vara föregångare till den moderna syn på sjukvårdens tvärfackliga, interdisciplinära utformning som vi ser idag. (Bille & Olow, 1999, s. 15)

Arbete i tvärprofessionellt team är centralt på habiliteringen. Arbetsterapeut, dietist, fritids - konsulent, kurator, logoped, läkare, psykolog, sjukgymnast, sjuksköterska och specialpedagog är de yrkesgrupper som kan finnas representerade i habiliteringsteamet. Teamet representerar kunskap inom medicinskt, pedagogiskt, psykologiskt och socialt område. Flest yrkesgrupper finns inom det medicinska området (Bohlin 2009, Åhman 2006).

Utifrån information från habiliteringarnas webbplatser skrivs att teamet kan ansvara för ett geografiskt område men även arbeta med specifik målgrupp, exempelvis barn och ungdomar med autism eller med förvärvade hjärnskador. Teamen kan också arbeta med olika åldersgrupper.

## Specialpedagogisk profession i Barn- och ungdomshabilitering

Lärare, förskollärare, speciallärare och specialpedagoger har arbetat inom habiliteringen sedan 1950-talet. I detta avsnitt beskriver vi olika aspekter på specialpedagogens roll inom Barn- och ungdomshabiliteringen och de påverkansfaktorer som finns.

Åman (2006) skriver att specialpedagogens roll har förändrats över tid på grund av att habiliteringens uppdrag varierat, samhällets syn på funktionsnedsättning har ändrats och det politiska målet för personer med funktionsnedsättning har sett olika ut. Berndtsson och Kroksmark (2008) skriver att habiliteringen återkommande har förändrat sin organisation.

Åman (2006) menar att specialpedagoger, beroende på om de arbetar i kommunal verksamhet eller habilitering, utvecklar sin kompetens på olika sätt. Hon skriver också att förskolepedagogik, specialpedagogik och habiliteringskunskap bildar en bas för de pedagoger som arbetar inom Barn- och ungdomshabilitering. Åman beskriver också att övervägande professioner på habiliteringen har medicinsk kompetens som kunskapsområde. Att uppmärksamma konsekvenser av funktionsnedsättningen beskrivs som pedagogisk kompetens av habiliteringens specialpedagoger. De beskriver också sin kompetens som erfarenhetsbaserad, d.v.s. de insatser som görs grundar sig på kunskap och erfarenhet. Åman beskriver

även att personal på habiliteringen behöver ha en dubbel kompetens, yrkeskunskap och kompetens på vad funktionsnedsättningen får för konsekvenser för individen. Författaren lyfter också fram utbildningen i förhållande till specialpedagogens arbete på Barn- och ungdomshabiliteringen.

Den specialpedagogiska påbyggnadsutbildningen bidrar till att utforma en professionell roll som specialpedagog, för pedagoger med olika uppdrag. Dilemmat är att specialpedagoger vid barnhabilitering inte ges teoretiska ramar för sitt verksamhetsfält. (s. 219)

## **Arbetssätt**

Habiliteringen representerar ett familjeorienterat arbetssätt (Bohlin, 2009), d.v.s. insatser ges till familj och andra personer i barnets närmiljö. Det kan vara att ge kunskap om samhällets stöd, om funktionsnedsättningen och konsekvenser av denna. På habiliteringen gör personalen i dialog med föräldrar och om möjligt även barnet/ungdomen en kartläggning av behovet av stödjande insatser. Utifrån kartläggningen av behov upprättas en vårdplan för varje enskilt barn/ungdom. Socialstyrelsen (2010) beskriver att vårdplan är den vård- och omsorgsplan som beskriver hälso- och sjukvård för en enskild patient. Gemensamt sätts mål upp för vad barnet/ungdomen skall uppnå, på vilket sätt detta skall genomföras och vem/vilka från habiliteringen som ansvarar för att det blir gjort. En utvärdering görs regelbundet och vårdplanen följs upp, revideras och förnyas.

## **Habiliteringens övergripande mål**

Föreningen Sveriges Habiliteringschefer policy för habilitering uttrycker att habiliteringens övergripande mål är:

Barn, ungdomar och vuxna med funktionsnedsättning och deras familjer skall kunna delta i samhället utifrån sina egna val. Varken funktionsnedsättning, aktivitetsbegränsning eller hinder i miljön får sätta gränser för delaktighet.

- Personen skall påverka sin egen livssituation.
- Personen upplever välbefinnande och god hälsa.
- Personen tillvaratar och utvecklar sina förmågor.
- Föräldrar och personer i närmiljön har den kunskap och kompetens som behövs för att stödja personen. (2006, s. 6)

## **Barn- och ungdomshabiliteringarnas målgrupp**

I följande kapitel beskrivs de olika funktionsnedsättningar och diagnoser och som hör till målgruppen på Barn- och ungdomshabiliteringen.

Barn- och ungdomshabiliteringens målgrupp är barn och ungdomar med varaktig funktionsnedsättning, exempelvis utvecklingstörning, neuropsykiatriska funktionsnedsättningar och rörelsehinder. Funktionsnedsättningen ska ge konsekvenser i vardagen.

Utifrån information på habiliteringarnas webbplatser (2010) kan utläsas att målgrupperna på Barn- och ungdomshabiliteringarna varierar något i Sverige beroende på organisationen inom olika regioner. Det framkommer också att de åldersgrupper som Barn- och ungdomshabiliteringen vänder sig till varierar mellan olika geografiska områden. Åldersgrupperna på Barn- och ungdomshabiliteringarna kan vara exempelvis 0-16 år, 0-18 år och 0-21 år

## Diagnos

Socialstyrelsen (2003) menar att diagnos är centralt ur flera olika aspekter. Den enskilde kan genom att få en diagnos bli bekräftad kring sina svårigheter, konsekvenserna av funktionsnedsättningen och vilken prognos diagnosen kan ha. Den enskilde kan få möjlighet till information kring olika behandlingsalternativ. Men Socialstyrelsen påpekar att diagnosen ofta inte säger något om funktionshindret. Omfattningen och varaktigheten av funktionsnedsättningen påverkar också funktionshindret. Gillberg (2011-05-03) säger att ”diagnosen är stöd i vilken hjälp man skall få”. Vidare beskriver Fernell och Gillberg (2007) att:

Prevalensstudier från många håll i världen visar att cirka 5–10 procent av alla individer i befolkningen före vuxen ålder har uppvisat kliniskt handikappande svårigheter av den grad att kriterier för definierade funktionsbeskrivande diagnoser uppfylls.

Den medicinska informationen om de olika diagnoserna i den följande texten har sammanfattats från Stockholms läns landstings vårdguide och informationssida (2010) samt från Infoteket, Uppsala läns informationssida om funktionshinder (2010).

## Diagnoser som innebär rörelsehinder

Med rörelsehinder avses i studien en funktionsnedsättning som primärt ger ett rörelsehinder. De största diagnosgrupperna inom habiliteringen som innefattar ett rörelsehinder är Cerebral pares (CP), Ryggmärgsbråck (MMC) samt olika Neuromuskulära sjukdomar. Cerebral pares är det vanligaste rörelsehindret hos barn och ungdomar. Grunden för CP är dock alltid en motorisk funktionsnedsättning på grund av en ”engångsskada” i hjärnan, som inträffat före två års ålder. Andra svårigheter som på ett avgörande sätt påverkar förmågan till aktivitet och känsla av delaktighet i vardagslivet kan vara epilepsi, nedsatt känsel, kognitiva svårigheter samt problem med kommunikation, perception, ät- och näringsproblem och beteende.

Ryggmärgsbråck är en medfödd kotmissbildning och bråckbildning. Många personer med ryggmärgsbråck har också en missbildning i hjärnan som kallas Chiari-missbildning. Detta kan medföra ett ökat tryck på hjärnstammen. Det ökade trycket kan ge svårigheter med sväljning och andning och kan även påverka motorik i armar och händer. Nästan alla barn med ryggmärgsbråck har en störd funktion av blåsa och tarm. Inom gruppen neuromuskulära sjukdomar finns många olika diagnoser. Gemensamt för diagnoserna är att de leder till muskelsvaghet och muskelförtvinning även om orsaken varierar. Den vanligaste neuromuskulära sjukdomen inom habiliteringsverksamheten är Duchennes muskeldystrofi (DMD), men Beckers muskeldystrofi (BMD), Limb-Girdle muskeldystrofi (LGMD), dystopia myotonica (DM) och spinal muskelatrofi (SMA) är också vanliga.

## Utvecklingsstörning

Utvecklingsstörning är en funktionsnedsättning som påverkar en persons intelligens och förmåga att klara av sin vardag. Det finns olika grader av utvecklingsstörning. Det kan innebära allt ifrån en mycket svår funktionsnedsättning till att personen med visst stöd kan leva ett självständigt liv. Många personer som har en utvecklingsstörning kan också ha andra funktionsnedsättningar, som exempelvis rörelsehinder, Cerebral pares, autism, syn- eller hörselnedsättning.

## **Downs syndrom**

Downs syndrom eller Trisomi 21 är en avvikelse på kromosom 21. Trisomi betyder att det finns tre istället för två kromosomer. Personer som har Downs syndrom har ofta ett karaktäristiskt utseende, vilket inte alltid är så tydligt vid födelsen. Den extra kromosom som personer med Downs syndrom har påverkar framförallt hjärnans utveckling. Alla personer med Downs syndrom har en begåvningsnedsättning men graden av nedsättning varierar mycket. Nedsatt kommunikationsförmåga förekommer ofta. Dessutom kan en rad andra organ och system i kroppen påverkas.

## **Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD)**

AD står för attention deficit - uppmärksamhetsstörning. HD står för hyperactivity disorder – hyperaktivitetsstörning. Kärnproblemen vid ADHD är uppmärksamhetsproblem, impulsivitet och överaktivitet. Dessa symtom kan förekomma var för sig eller i kombinationer. Förutom motoriska och perceptuella svårigheter, kan det handla om språkliga svårigheter, kognitiva problem, inlärningsproblem/dyslexi, svårigheter i samspelet med andra, sociala beteendeproblem som trots och uppförandestörning, sviktande självkänsla, ångslan, ångest och depression.

## **Flerfunktionsnedsättning**

Flerfunktionsnedsättning är inte en diagnos men innebär en svår funktionsnedsättning som innefattar utvecklingsstörning och stora motoriska begränsningar. En person med flerfunktionsnedsättning har också ofta begränsad kommunikationsförmåga, svårigheter med perception och koncentration. Ytterligare komplikationer som är vanliga är epilepsi, sömnstörningar, nutritionsproblem, autistiska drag, syn- och hörselnedsättningar samt en svårtolkad smärtproblematik. För de flesta personer har skadan funnits hela livet men hos vissa kan en fortskridande hjärnsjukdom eller allvarlig olycka ligga bakom.

## **Autism/autismspektrumstörning**

Autism kännetecknas av allvarliga och genomgripande begränsningar inom flera viktiga utvecklingsområden:

- ömsesidigt socialt samspel
- kommunikation
- beteende- och föreställningsförmåga.

Många av barnen med autism har också en utvecklingsstörning. Barn med autism har försenad eller utebliven talutveckling och använder inte spontant ickespråkliga sätt att kommunicera istället. Fixeringar är vanliga vid olika saker eller ibland vanor och rutiner som måste upprepas exakt likadant varje gång. Senare forskning visar enligt Gillberg (2011) att 2-3 % av 10 000 barn har autism.

## **Förvärvad hjärnskada**

Hjärnskadeförbundet Hjärnkrafts hemsida (2010) beskriver Förvärvad hjärnskada med ”När skadan inte är medfödd talar man om förvärvad hjärnskada”. Några exempel på orsak är stroke, traumatiska hjärnskador, tumörer, syrebristskador, infektionsrelaterade skador. En förvärvad hjärnskada innebär ofta att personen i fråga får olika fysiska och/eller kognitiva funktionsnedsättningar.

# Metoder som specialpedagoger inom Barn- och ungdomshabiliteringen använder

Kapitlet inleds med att definiera begreppet metod. Därefter redovisas de specialpedagogiska metoder som framkom i enkäten (bilaga 1). Enkätundersökningen genomfördes på 127 specialpedagoger inom Barn- och ungdomshabiliteringen i Sverige. Enkätundersökningen redovisas på sidan 29 i detta arbete. En del av metoderna i enkäten används även av andra yrkesgrupper än pedagoger på habiliteringen. I resultatdelen redovisas de olika metoderna och till vilka diagnosgrupper som de används. Resultatet påvisar också i vilken utsträckning de olika metoderna används av specialpedagogerna.

## Metoder

Socialstyrelsen (2009) visar på att det inom Barn- och ungdomshabiliteringen finns många metoder och arbetssätt inom olika områden, exempelvis medicin, pedagogik och socialt. Socialstyrelsen konstaterar också att verksamheten möter många barn/ungdomar med olika och individuella behov av stöd. Metoder är enligt Bohlin (2009) ett begrepp som oftast inte används i officiella presentationer av habiliteringsverksamhet eller i facklitteratur förutom inom sjukgymnastik. I de intervjuer Bohlin gjorde i sin forskning med olika yrkesprofessioner på habiliteringen noterade hon att ordet metod inte användes för att beskriva arbetet på habiliteringen, ordet behandling förekom mer frekvent. I policy för habilitering i Sverige (2006) nämns metoder i samband med kvalitetsutveckling. Metodens betydelse inom habiliteringen kan förstås genom policyns beskrivning av en av habiliteringens huvuduppgifter, som skall vara att:

Som komplement till övrig sjukvård ge planerade och från flera kompetensområden sammansatta, specialiserade åtgärder för att främja utveckling av bästa möjliga funktionsförmåga samt psykiskt och fysiskt välbefinnande. (s. 5)

En åtgärd för att uppnå ovanstående mål är att använda olika metoder i habiliteringsarbetet. Bohlin (2009) visar på nackdelen med att specialpedagogerna inte betonar metoder. Hon anser att detta leder till att de har svårigheter att vara tydliga med sin professionella kunskap och svårigheter att beskriva de specialpedagogiska insatser som görs. ”Yrkesgruppens handlingsutrymme ökar – men legitimiteten i omvärldens ögon får stryka på foten” (s. 162). Men Bohlin påpekar också att det kan vara en fördel för specialpedagogerna då de kan arbeta förutsättningslöst. Erfarenheten säger att specialpedagoger inom habiliteringen använder många olika metoder i sitt arbete trots att de enligt Bohlin (2009) inte i så hög grad beskriver sitt arbete genom att använda ordet metod. Bohlin skriver också att val av metod utgår från varje barns/ungdoms enskilda förutsättningar och behov. Specialpedagoger träffar barn och ungdomar, i varierade åldrar, med många olika svårigheter och med individuella behov utifrån varje individ. Det krävs att specialpedagogen har kunskap om olika metoder för att hitta det som passar det enskilda barnet/ungdomen. De metoder som används grundar sig på inlärningsteorier, utvecklingspsykologi och kunskap om de konsekvenser olika funktionsnedsättningar kan ha på individen (Åman, 2006).

## Tydliggörande pedagogik

Tydliggörande pedagogik beskrivs på Autismforum på Stockholms läns landstings hemsida (2010) som en metod som utgår från Treatment and Education of Autistic and related



Communication-handicapped Children (TEACCH-programmet) men som har anpassats till svenska förhållanden. Metoden bygger på att stöd via visuell information erbjuds i olika situationer och ger på detta sätt möjlighet att förebereda var, hur, när, hur länge och med vem något skall göras. Metoden användes ursprungligen för barn med autism men används nu för många barn/ungdomar med olika funktionsnedsättningar som har svårigheter med att planera, strukturera och förstå sin omgivning.

## Bildstöd

Symboler har länge använts för direkt kommunikation, exempelvis i trafiken och som stöd för inläring och struktur inom förskolan. Bildstöd kan användas för att underlätta vardagen, stödja självständighet och öka delaktighet. Bilderna kan vara fotografier eller tecknade bilder. Bildstöd används som kognitivt stöd för barn/ungdomar som har svårt att förstå sammanhang, svårt att minnas, svårt att planera och strukturera och som har svårigheter att förstå skriftlig eller muntlig information. Bildstöd kan användas för att förtydliga situationer, exempelvis en resa med buss och vart man skall resa. Det kan också användas för att förtydliga vad som skall göras vid vilken tid, exempelvis ett schema med bilder för vad som skall hända under dagen. Bildstöd till ett recept förenklar för många som inte förstår mått eller som inte kan planera i vilken ordning vad skall göras. Stöd för minnet kan vara ett bildstöd på vad som skall packas i en gymnastikpåse. Bildstöd används av barn/ungdomar och vuxna med funktionsnedsättning i hemmet, i närmiljön och på arbetsplatser. Falkmer (2009) skriver att användning av bilder kan vara en strategi för inkludering i skolan. Att erbjuda visuellt stöd för att visa vad som skall göras på lektionen förenklar för många elever. Hon betonar också vikten av att kunskap och information förmedlas visuellt och konkret till elever som behöver detta.

## Lek

Enligt förskolans styrdokument Läroplan för förskolan (Lpfö -98) har alla barn rätt till lek. Det är förskolans uppgift att tillgodose varje barns behov av lek. Barn vet mycket väl vad lek är men för oss vuxna är det svårare att förstå. Redan för 2 300 år sedan skrev den grekiske filosofen Platon (ur Hägglund, 1989) att lek är grundläggande för all utbildning. Det man lär sig under tvång och plåga lär man sig inte lika bra som det man lär sig under lustfyllda och lekfulla former. Leken kan delas in på olika sätt, exempelvis motorisk lek, sinneslek och låtsaslek.

Leken beskrivs på skilda sätt av olika lekforskare. Lars-Erik Berg, professor i socialpsykologi vid högskolan i Skövde, uttrycker att:

Det sägs ibland att lek är nödvändig för barn. Utan leken kan de inte utvecklas på ett harmoniskt sätt. Den byggs upp i relation till andra och till vardagslivet. Leken är spontan och uppslukande, men särskilt rolleken hänvisar också tydligt till världen utanför. (Harvad & Jensen, 2010, s. 55)

Knutsdotter-Olofsson (1987) menar att också leken börjar redan på skötbordet. Det är ett socialt samspel mellan barnet och den vuxna som lärs in. Barnet lär sig ömsesidighet, turtagning samt hur en lek börjar och slutar. Dessutom att det finns regler och att om man överskrider dem kan leken ta slut.

Leken uppmärksammades tidigt i habiliteringssammanhang. Ingrid Hjort, specialförskollärare och pionjär inom området pedagogik och barnhabilitering, beskriver redan 1960 leken som behandlingsform på tredje nordiska konferensen om Cerebral pares i Göteborg.

Att leken kan se olika ut för olika barn diskuteras av lekforskare i världen. Harvard m.fl. (2010) refererar till Strid och Tjus som diskuterar lek för barn med autism på följande sätt:

Många barn med autism visar ett avvikande lekbeteende även under andra former av lek. Lekutvecklingen stannar ofta på en funktionell nivå där barnet fortsätter med sensorisk lek och att vända och vrida på saker mycket längre än man kan förvänta sig av barnets mentala utveckling. Det är också typiskt för barn med autism att vara intresserad av någon liten del av en leksak, exempelvis att vända på en bil och undersöka hur hjulen snurrar istället för att köra runt med bilen. (s. 209)

Inom habiliteringen har leken använts som en metod för träning inte bara av pedagogerna utan av olika yrkesgrupper genom tiderna. Cullberg och Pilups (Bille & Olow, 1999) menar att:

För att barn med rörelsehinder skall kunna vara delaktiga och utvecklas krävs medveten planering och tillrättalägganden av såväl lek som tema. Barn med rörelsehinder behöver få hjälp att kunna leka för att få samma upplevelser som andra barn. (s. 287)

Lek för barn med funktionsnedsättning kan se sig annorlunda än för andra barn. Brodin (1991) menar att barn med rörelsehinder kan ha svårigheter med att avsluta en lek eftersom de inte kan ta sig därifrån när de har tröttnat. Ibland kan enda möjligheten vara att sluta ögonen och skärma av sig. Många gånger uppfattas detta av omgivningen som ett ointresse. Brodin (1991) påstår att lek för barn med funktionshinder ofta innebär för de vuxna runt barnet att leken är till för att utveckla barnets olika funktioner. Brodin menar också att förmågan att leka vilar på barnets fysiska, känslomässiga och sociala kapacitet tillsammans med de erfarenheter som barnet gjort i samspel med omgivningen. Brodin anser även att det finns en risk för att barn med flerfunktionsnedsättningar ständigt försätts i en träningssituation och att leken endast ses som ett medel för att träna en funktion. Svårigheter för barn med funktionsnedsättning att leka kan vara avsaknad av motoriska förutsättningar, problem att förstå socialt samspel, svårigheter att fokusera och att planera.

## **Alternativ och Kompletterande Kommunikation (AKK)**

AKK används av personer som inte kommunicerar via tal. AKK kan delas in i tre olika delar. Kroppsnära, sinnesnära samt manuella AKK-former görs med hjälp från den egna kroppen. Det kan vara naturliga reaktioner, signaler, kroppsspråk, mimik, ljud på icke språklig nivå och gester. På den språkliga nivån finns Tecken som AKK, TAKK. Vid användandet av tecken behövs inga hjälpmedel förutom den egna kroppen. GAKK däremot, som betyder grafiska former av AKK, är beroende av hjälpmedel som saker, bilder och symboler. Man behöver även lådor, kartor, väskor etc. för att förvara symbolerna i. Gemensamt för alla former av AKK är att personen som använder AKK är beroende av människor i sin omgivning som har kunskap om AKK för att kunna kommunicera. Heister Trygg (1998) beskriver att kunskapen om att människor med talhandikapp behöver något som ersätter talet funnits länge. Tidigare fanns det bilder, ordtavlor och bokstavstavlor för den här gruppen. På 1970-talet kom symbolspråket Bliss. Pictogram som är ett annat grafiskt kommunikationssätt kom på 1980-talet. På 1980-talet växte även tecken som stöd fram ur de dövas teckenspråk. Under 1970-talet och framåt har forskningen fokuserat på att utveckla teknik som möjliggör för personer med stora rörelsehinder att kommunicera med alternativa och kompletterande hjälpmedel.

## **Sociala berättelser**

På Carol Grey Centers hemsida (2011) beskrivs att metoden utvecklades för barn/ungdomar med autism av Carol Grey 1991 i USA. Den sociala berättelsen beskriver en situation eller ett

sammanhang. Syftet är att via den sociala berättelsen öka barnets/ungdomens förståelse av sin omvärld. Den sociala berättelsen kan vara skriven, den kan vara med bildstöd eller göras på datorn. Den är individuellt utformad och kan exempelvis användas för att förbereda en situation, eller för att förtydliga en social situation och därigenom ge barnet/ungdomen möjlighet att förstå hur man skall agera i olika sociala situationer. Metoden är spridd och används i flera världsdelar.

## **Seriesamtal**

Grey utvecklade utifrån sitt arbete med Sociala berättelser ytterligare en metod, Comic Strip Conversation, översatt till svenska, seriesamtal. Ibland kallas det även för att ritprata. Metoden lanserades i Sverige av Andersson (2000) i sin bok *Bygga upp ett erfarenhetsbibliotek genom sociala berättelser och seriesamtal*. Seriesamtal är en pedagogisk metod som främst används till personer med autism, Aspergers syndrom och ADHD. Barn med neuropsykiatriska funktionshinder har svårt att förstå oskrivna regler och sociala normer. Seriesamtal är ritade och skrivna små berättelser som förklarar sociala sammanhang. Berättelserna kan användas i olika sammanhang, till exempel för att förklara och förtydliga sociala mönster och ge strategier för att lära sig oskrivna regler och sociala normer. Seriesamtal används mest i situationer här och nu. Det är viktigt att barnet kan tolka och förstå bilders budskap. Bilderna som ritas är enkla streckgubbar.

## **Gruppverksamhet**

På Barn- och ungdomshabiliteringarnas webbplatser (2011) finns information om att gruppverksamhet erbjuds. Exempel på detta kan vara motorisk träning, lekgrupper, tjej- och killgrupper, kompisgrupp, bad, rullstolsträning med mera (Västra Götaland, Habilitering & Hälsa, 2010). Gruppen kan öka motivationen och ge andra möjligheter än enskild träning. Det är också en möjlighet för habiliteringen att nå många barn samtidigt. Syftet med grupperna kan också vara att ge möjlighet för barn och ungdomar att träffa andra med funktionsnedsättning.

## **Picture Exchange Communication System (PECS)**

Bondy och Frost (2002) beskriver metoden PECS, som utvecklades 1985 i USA för att användas till förskolebarn med autismspektrumstörning, men används numera till barn och vuxna med inlärningssvårigheter och skilda diagnoser. Syftet är att stödja kommunikationsutvecklingen genom att steg för steg lära in ett sätt att kommunicera. Träningsprogrammet PECS följer den normala språkutvecklingen. Basen i metoden är att initiera kommunikation i olika situationer. Övningarna sker i vardagliga situationer som är meningsfulla för barnet/ungdomen. I programmet används olika strategier, exempelvis för korrigering eller generalisering. PECS tränas i olika steg som beskrivs tydligt av Bondy och Frost. När barnet startar med PECS lär det sig först kommunicera med en bild åt gången, barnet får stöd i att ta upp bilden som symboliserar objektet och skall därefter sträcka fram bilden till kommunikationspartnern som lämnar det aktuella objektet till barnet. Senare kombineras bilder för att successivt utveckla kommunikationen till att bli mer avancerad.

## Dator

Sedan 1980-talet används dator för barn och ungdomar med funktionsnedsättning.

Datorn är för många av dessa barn ett utmärkt verktyg genom att den gör det möjligt att utföra moment som kanske annars skulle vara omöjliga på grund av funktionsnedsättningen. (SoU 2003:15)

Datorn som metod används på många olika sätt beroende på vilka mål som skall uppnås. Många barn och ungdomar med funktionsnedsättning behöver ha anpassade program och ett anpassat styrsätt för att kunna använda dator. Alderman m.fl. (1998) skriver att datorn med individuellt anpassat styrsätt och metodik samt passande program ger barnet en chans att lyckas i sin lek. Brodin och Lindstrand (2007) beskriver att barn och ungdomar med funktionsnedsättning genom datorn erbjuds en lustfylld möjlighet att leka självständigt eller tillsammans med syskon och kamrater. Dator kan också användas för att stödja inlärningsprocessen, exempel på detta kan vara att barnet/ungdomen får ljudstöd vid skrivandet, för varje bokstav och när ordet är klart läses hela ordet upp. För barn/ungdomar med omfattande funktionsnedsättning kan dator vara en möjlighet till självständig aktivitet. Utvecklingen inom området är snabb och nya möjligheter kommer hela tiden. De senaste åren har utveckling skett av programvara för att träna specifika områden. Exempel på detta är minnesträning via datorn.

## Eklektisk metod

”Eklektisk metod försöker förena idéer från olika håll” (Nationalencyklopedin, 2010). Eklektisk metod innebär att utgå från många olika metoder och att använda de delar som passar bäst i den aktuella situationen. Metoden kan kopplas till det som kallas ”Ögonblickets pedagogik”.

Specialpedagogerna formulerar sin kompetens som ögonblickets pedagogik: de avgör i stunden vilka insatser som krävs, baserat på deras kunskap och erfarenheter. Den kompetens som beskrivs som ögonblickets pedagogik, innebär att genom kunskap och förtrogenhet, göra en tolkning av situationen och därefter välja att utföra en praktisk handling. (Åman, 2006, s. 259)

Bohlin (2009) berör ”behandlingens dilemma”, d.v.s. att barn med funktionsnedsättning kan behöva träning i hela sitt liv och att träningen inkräktar på barnets fria tid.

Det gäller att hitta rätt balans mellan olika mål som står i konflikt med varandra. Resonemanget öppnar upp för en eklektisk inställning där den bästa behandlingsmetoden är den som är mest lämplig för barnet med tanke på omständigheterna. En sådan bedömning är komplex och baserar sig inte alltid på faktorer som går att mäta. (s. 5)

## TEACCH

TEACCH-programmet (Treatment and Education of Autistic and related Communication-handicapped Children). UNC School of Medicine beskriver att TEACCH-programmet utvecklades på 1970-talet av Schopler, professor i psykologi och psykiatri i North Carolina, USA (UNC School of Medicine). Programmet utgår från Schoplers kunskap om hur personer med autism tänker och agerar. Metoden erbjuds i North Carolina till personer i alla åldrar med autism/autismliknande tillstånd och deras familjer. Den har därefter spridit sig internationellt.

I TEACCH-programmet utgår man från individen, ser till individens styrkor och intresse och inkluderar familjen. Målet är inte att normalisera utan ”att personen med ASD<sup>3</sup> som vuxen så smidigt som möjligt skall passa in i vår kultur” (Mesibov m.fl., 2007, s. 42). TEACCH är en strukturerad pedagogisk metod som erbjuder en anpassad miljö med information som är konkret och visuellt tydlig. Stödet kan exempelvis vara vad som skall göras med vem, var det skall göras, hur och när. Barnen/ungdomar/vuxna med autism skall genom detta få stöd i att förstå och hantera sin omvärld, ges möjlighet att organisera vardagen och öka självständigheten. Metoden används i Sverige sedan många år och Riksföreningen Autism har främjat användandet av denna metod.

## Samtal i speciellt syfte

På Barn- och ungdomshabiliteringen används samtal som metod i olika sammanhang. Syftet med samtalet kan vara att ge barnet/ungdomen en möjlighet att bli delaktig och ge dem stöd i nya sammanhang. Samt att informera barnet och ge barnet tillfälle att formulera sig kring sin situation. Den sociala förmågan kan också tränas i samtal. Barnet kan också via samtal få en förståelse av det sammanhang det befinner sig i, KASAM<sup>4</sup>. Stockholms habilitering (2010) informerar via sin webbplats att de erbjuder stödjande samtal.

## Musik

Musik har i alla samhällsstrukturer genom historien fungerat som en väsentlig beståndsdel i en gemensam kulturell grund. I alla kända kulturer används musik i rituella, ceremoniella och konstnärliga sammanhang, som förströelse och underhållning, i propagandistiska syften och inte minst i ett läkande och helande syfte. Medvetenheten och kunskapen om att musik påverkar oss människor på en rad olika sätt, och att musik kan ha en helande verkan, har funnits så långt tillbaka som det finns skrivna källor. Musik har därför också på olika sätt, genom historien, använts som en läkande kraft för att bota eller påverka olika sjukdomstillstånd. I dag förekommer musikterapibegreppet i en rad olika sammanhang. Musikterapi används lite vårdslöst som begrepp för användande av musik inom så skilda områden som allmän musikverksamhet inom vård och omsorg, specialpedagogik, psykodynamiska inriktningar, olika typer av specialiserade musiklyssningsmetoder samt inom den speciella FMT-metoden. Edgren (2004) skriver att FMT (Funktionsinriktad Musik Terapi) utvecklades av musikläraren Lasse Hjelm i hans arbete på Folke Bernadottehemmet 1975-1989. År 1987 startade den första FMT-utbildningen. I begynnelsen användes metoden för behandling av barn med Cerebral pares. FMT använder musiken för att motivera handlingar som leder till utveckling steg för steg hos den enskilda individen. Några av de faktorer som har stor betydelse i arbete med FMT är miljön, redskapen (instrumenten), sittställning, olika musikslingsor och anpassning till olika nivåer. Numera är det vedertaget att göra åtskillnad mellan olika former av musikutövande där musiken och musicerandet i sig utgör det huvudsakliga målet, och musikterapi där musiken används som medel för att uppnå olika typer av behandlingseffekter. Exempel på behandlingseffekter kan vara kommunikation, motorik, språk och talträning.

---

<sup>3</sup> ASD, förkortning av Autism Spectrum Disorder

<sup>4</sup> KASAM, Känsla Av Sammanhang

## **Intensivinlärn timer grundad på TBA**

Metoden började användas i USA på 1980-talet och används nu på Barn- och ungdomshabiliteringar i Sverige för barn med autism. Intensivinlärn timer är baserad på beteendeterapi och inlärn timer teorier. Lindahl (2008) beskriver att intensivinlärn timer innebär att barnet får intensiva, strukturerade, regelbundna insatser under minst två år. Den intensiva inlärn timer ngen är individuellt utformad med träningsstillfällen 25-30 timmar/vecka. Inlärn timer ngen inriktar sig på de områden barnet har svårigheter med och sker i små steg. Programmet utvärderas kontinuerligt för att programmet skall vara på rätt nivå och träna de svårigheter som barnet har. Träningen sker i samverkan mellan föräldrar, habiliteringspersonal och förskolepersonal. Inlärn timer ngen påbörjas i situation med en vuxen. Intensivinlärn timer ngen startar så tidigt som möjligt. Habiliteringspersonal ansvarar för handledning av de personer kring barnet som arbetar med intensivinlärn timer ngen.

## **Lilli Nielsen**

Den danska specialpedagogen Lilli Nielsen har utvecklat både tekniska hjälpmedel och en metodik för sinnestimulering av barn och vuxna på tidig utvecklingsnivå. Idén bygger på en helhetssyn där de känslomässiga, motoriska, perceptuella, sociala och psykologiska delarna är sammanvävda till en enhet. Hon betonar att det viktigaste är att barnet har självförtroende och känner sig tryggt tillsammans med föräldrar och andra vårdare (Brodin, 1991). Nielsen anställdes 1967 som ”børnehavelærer” på Refsnæsskolen, ett institut för blinda och synskadade barn och unga i Kalundborg i Danmark. Intresset för målgruppen barn med synskada fick hon av att fyra av Nielsens syskon var blinda. Så småningom blev hon synkonsult och psykologie licentiat. Hennes forskning har rört blinda barn och blinda utvecklingshämmande barns rumsförståelse och gripförmåga. Hennes utgångspunkt är att alla människor följer samma utvecklingsgång, men för vissa tar varje steg längre tid och någon kanske stannar längre på ett steg. Målsättningen är att möta personen på just den utvecklingsnivå som hon/han befinner sig på. Samt att anpassa aktiviteter, kommunikation och miljö till denna nivå. Nielsen (1995) beskriver att metoden utgår från personens emotionella nivå i motsats till intelligens-/begåvningsnivå. Det finns barn som är rädda att använda sin syn. Nielsen tycker inte att barnet skall tvingas att se på saker och ting, utan att pedagogen istället skall prata om ljudet och användningen av föremålet. Aktiviteten ska inte ske för att få beröm och vara ”till lags” eller för att göra någon annan nöjd. Kravlösheten är viktig. Barnet bör kunna vara aktivt utan att någon sitter bredvid. Pedagogens uppgift är egentligen bara att ge barnet förutsättningar att vara aktivt. Om barnet inte lyckas med de planer som lagts upp i programmet, så är det inte barnet det är fel på utan metoden.

Nielsen har utvecklat ett antal pedagogiska hjälpmedel anpassade för barn med synskada/blindhet och utvecklingsstörning. Dessa hjälpmedel hjälper till att förstärka upplevelsen av den egna aktiviteten, t.ex. Resonansplattan, Lilla rummet, Ljudboxen, Hopsadräkten. Metoden används även i USA.

## **Karlstadmodellen**

Karlstadmodellen är en språkträningsmodell utvecklad på 1980-talet av professor Irene Johansson. Språkträningen ”grundar sig på en teori om barnets normala kommunikations- och språkutveckling, där barnets aktiva roll betonas” (Johansson, 1990, s. 9). Olika faser i den normala språkutvecklingen omfattas i behandlingsmodellen. Modellen har utvecklats över tid utifrån de erfarenheter som gjorts i det praktiska arbetet med modellen, den är inte begränsad

till någon diagnos eller speciell ålder och träningen utgår från individen och familjen. Johansson betonar också att nätverket kring barnet har stor betydelse. Hon ser nätverket som ett pedagogiskt verktyg och pekar på att ... ”viktiga” vuxna är en förutsättning för att språkträning av ett barn skall lyckas. Som regel har barn flera ”viktiga” vuxna - inte bara föräldrar utan också personal inom förskolan och skolan” (Johansson, 1990, s. 10). Johansson ser detta nätverk som ett pedagogiskt verktyg. Karlstadmodellen används för personer med språkstörning och är en vanlig metod i arbetet med barn och unga med Downs syndrom. Johansson sammanfattar modellens tre metodiska hörnstenar som att stimuleringen skall påbörjas så tidigt (vilket kan vara olika för olika barn) som möjligt, vara strukturerad, vara kontinuerlig och att samma övningar upprepas. Hon betonar också att varje övning skall vara anpassad till det enskilda barnet (1988). Det finns flera böcker där Johansson beskriver hur man kan lägga upp språkträningen - exempelvis genom att använda språklekar, böcker och olika spel. Hon presenterar också konkreta exempel på hur detta kan gå till (1988, 1990, 1996).

## **Intensivträning**

Exempel på intensivträning är NIT. Nätverksbaserad målinriktad intensiv träning som har prövats på habiliteringen bland annat i Skåne, Stockholm och Uppsala.

Grundtanken i NIT är att ge ökad träningsvolym/intensitet genom kunskapsöverföring till personer i barnets närmiljö så att barnet kan hjälpas till daglig målinriktad träning i vardagliga funktionella situationer. (Edin, Smyth, Larsson, 2008, s. 26)

Metoden bygger på att barnet under en bestämd period skall få målinriktad träning vid fler tillfällen, både i sin dagliga miljö och i gruppverksamhet. Detta kräver utbildning och regelbunden handledning av nätverket, d.v.s. föräldrar och andra personer i barnets/ ungdomens närmiljö. Individuella mål sätts upp för varje enskilt barn/ungdom. Mål kan exempelvis vara förbättring av motorisk förmåga, social förmåga och vardagsfungerande. Ansvarig personal är ofta tvärprofessionell och kan exempelvis vara sjukgymnast, arbetsterapeut och specialpedagog.

## **Snoezelen**

Sinnenas rum är upplevelserika miljöer som lockar till lek och utforskning av olika material, synintryck och lukter. Snoezelen = sinnenas rum (kallas ibland sinnenas gym) består av olika miljöer uppbyggda för att stimulera våra sinnen. Nedestam och Sjösvärd (1993) beskriver att syftet med verksamheten är att stimulera och att ge upplevelser utifrån varje individs nivå och villkor, erbjuda möjlighet till självaktivitet och skapa möjligheter för kommunikation, samspel och utveckling.

## **Sensory Integration**

Denna metod är utvecklad i USA av arbetsterapeut Jean Ayres under 1970-talet. Metoden började användas i Sverige på 1980-talet och utvecklades från hennes erfarenhet av arbete med barn och vuxna med neurologiska funktionsnedsättningar. Ayres (1983) beskriver att Sensory Integration handlar om hur sinnena samspelar och de svårigheter som uppstår när barnet/ungdomen har svårigheter att organisera sina sinnesintryck. Genom sensorisk stimulering i förhållande till de neurologiska behov barnet hade ansåg Ayres att behandlingen kunde förbättra det sätt hjärnan organiserar och behandlar intryck.

## **Taktil massage**

Taktil massage/taktil stimulering är en medveten och strukturerad beröring som aktiverar huden som är vårt största organ och sinnesorgan. Taktil stimulering definieras som en sinnesträning och metod i daglig omsorg och träning för friskvård samt hälsa. Det är också en neuropsykologisk och neurofysiologisk behandlingsform. Metoden har utvecklats av Gunilla Birkestad sedan 1984. Birkestad (1999) beskriver hur metoden, genom att behandlaren stryker med händerna över kroppen i ett bestämt system, inger säkerhet och trygghet för den som får taktil massage. Förutom strykningarna används olika tryck eller att den som ger taktil massage håller händerna stilla. Det vanligaste sättet är att massören stryker sina händer direkt på huden på den som skall få massage, beröringsrädda personer kan ha kläder emellan. Birkestad anser effekterna av taktil stimulering är smärtlindring, ökad nyfikenhet, lugn och ro, minskad aggressivitet, ökad viktuppgång för underviktiga, ökad kommunikation, ökat immunförsvar, förbättrad mag- och tarmfunktion och en ökad livskvalitet.

## **Marte Meo**

Marte Meo-metoden är utvecklad under 1980-talet i Holland av Maria Aarts. Den har därefter spridit sig till många länder. Svenska Marte Meo-föreningen (2010) förklarar: "Marte Meo är latin, och kan fritt översättas till av egen kraft." Syftet med metoden är att vara ett stöd för föräldrar och andra personer i barnets närmiljö att se barnets behov och möjligheter. Som bas i arbetet används film av barnet i olika samspelssituationer. Därefter analyseras filmen och med utgångspunkt från den analysen kan förälder eller andra personer i närmiljön få stöd i att förändra och förbättra sitt samspel med barnet.



# Specialpedagogik som forskningsområde

I detta kapitel beskrivs det specialpedagogiska forskningsområdet.

Skillnaden mellan pedagogik och specialpedagogik kan uttryckas på följande sätt:

Det generella som rör alla barn är pedagogik. Det specifika, sådant som blir aktuellt för barn som behöver mer och annorlunda insatser för att nå optimal utveckling och optimalt lärande, är specialpedagogik. Insatser på generell nivå är ofta inte tillräckligt för att dessa barn skall nå sin optimala nivå avseende lärande. De är nödvändiga men ej tillräckliga. (Björck-Åkesson, 2007, s. 91)

I Sverige och internationellt har specialpedagogik under de senaste 50 åren utvecklats som ett specifikt kunskapsområde (Björck-Åkesson, 2007). Specialpedagogiken är en ung forskningsgren, den första professuren tillsattes i Göteborg år 1989. Forskning som har varit relevant ur ett specialpedagogiskt perspektiv har gjorts under hela 1900-talet. Delvis har forskning kring specialpedagogiska frågor gjorts i andra forskningsområden än det pedagogiska/specialpedagogiska, exempelvis i det medicinska och psykologiska forskningsområdet (Emanuelsson & Persson & Rosenqvist, 2001). Ett annat kunskapsområde som ligger nära specialpedagogisk forskning är "Early childhood intervention", ett kunskapsområde som har utvecklats de senaste 30 åren. Denna forskning är inriktad på barn före skolåldern som är i behov av särskilt stöd. Den finns som en forskningsgren i Europa, Nordamerika och Australien. Forskningen i detta område har en tydlig karaktär av flervetenskap och tvärvetenskap. I denna forskning tittar man på interventionen från flera olika håll, exempelvis omgivningsfaktorer, miljö och barnets personliga förutsättningar (Björck-Åkesson, 2007).

Den specialpedagogiska forskningen har och har haft olika perspektiv. Emanuelsson m.fl. (2001) beskriver två dominerande inriktningar i specialpedagogisk forskning. Den som benämns kategorisk och utgår från individens svårigheter och den som benämns relationell som tittar på omgivningen kring individen, exempelvis att se svårigheter i skolan både utifrån individens förutsättningar men även i hur undervisningen har organiserats. Emanuelsson påpekar att det mellan dessa inriktningar har funnits motsättningar kring hur forskningen skall bedrivas och vilken forskning som skall prioriteras. Ahlberg (2007) beskriver specialpedagogisk forskning i tre olika perspektiv: medicinskt- psykologiskt perspektiv, organisationsperspektiv och sociologiskt perspektiv. Ahlberg beskriver också att specialpedagogisk forskning har två olika utgångslägen - den traditionella som anknyter till diagnos och det senare alternativet som anknyter till inkludering. Nilholm (2007) menar att det skett en förskjutning från kopplingen till psykologi och medicin till andra forskningsmiljöer. Han belyser tre sätt att se på forskning inom specialpedagogik:

1. Specialpedagogik är en egen vetenskap.
2. Specialpedagogik som mång-/tvärvetenskap dvs. området kräver kunskap från flera vetenskapsområden.
3. Specialpedagogik är en del av pedagogiken. (s. 106-108)

Nilholm (2007) förordar det senare synsättet: "I denna senare tolkning blir barnets olikhet/likhet en integrerad/inkluderad del av de vanliga pedagogiska frågeställningarna" (s. 110). Björck-Åkesson (2007) menar däremot att specialpedagogik under de senaste åren bäst beskrivs som "en tvärvetenskaplig disciplin som bygger på flervetenskaplig samverkan" (s. 87). Sammanhanget som forskaren befinner sig i har också betydelse påpekar Björck-

Åkesson och Nilholm (2007). De menar att beroende på vilket område forskaren verkar i, påverkas den specialpedagogiska forskningen.

För en specialpedagog inom habiliteringen är individuell kartläggning och intervention centralt medan läraren i skolan koncentrerar sig på ämnes-innehåll och undervisning i helklass. (s. 12)

Emanuelsson m.fl. (2001) påpekar också att den mesta specialpedagogiska forskningen är gjord inom skolan och att det är få som har studerat vilka åtgärder inom barnhabiliteringen som har effekt. Även Björck-Åkesson (2007) menar att studier av specialpedagogisk intervention i den svenska forskningen inte fått stor uppmärksamhet. I den nationella forskningen inom specialpedagogik har forskning med inriktning "en skola för alla" fått stöd i nationella forskningssammanhang då detta har haft en stark politisk förankring (Björck-Åkesson och Nilholm, 2007). Nilholm (2007) menar också att "en forskning som ligger relativt nära den politiska dagordningen förmodligen alltid kommer att ha ett utrymme" (s. 105).

Sammanfattningsvis ser vi att forskning kring barn och ungdomar med funktionsnedsättning delvis har skett i andra forskningsområden än det pedagogiska och specialpedagogiska. Den pedagogiska/specialpedagogiska forskningen har till stor del skett inom skolans värld och fokus har varit på inkludering med inriktning på omgivningsfaktorer. Forskningsområdet har också påverkats av rådande politik och av de olika perspektiv inom forskningen som har varit dominerande.

# Evidens

I detta kapitel utvecklas beskrivningen av begreppet evidens.

I Sverige idag används begreppen evidensbaserad vård och evidensbaserad medicin. SBU (Statens beredning för medicinsk utvärdering, 2010), vars uppdrag är att vetenskapligt utvärdera befintliga och medicinska metoder i hälso- och sjukvården, beskriver begreppen på följande sätt:

**EBM – evidensbaserad medicin:**

EBM är ett brett begrepp som omfattar medicinska åtgärder, vård, rehabilitering och omsorg. Det används på olika sätt men omfattar alla som arbetar inom både omsorg och vård. Evidens betyder bästa tillgängliga vetenskapliga bevis. Att arbeta med EBM innebär att kombinera evidens med kliniskt kunnande och patientens unika situation och önskemål. Målet med EBM är att vården använder de metoder som gör störst nytta.

**Evidensbaserad vård:**

Evidensbaserad vård betyder helt enkelt en medveten och systematisk strävan att bygga vården på bästa möjliga vetenskapliga grund (evidens) - något som sedan länge har stöd till exempel i svensk lag. Att tillämpa evidensbaserad vård och omvårdnad innebär att bygga sina beslut på bästa tillgängliga vetenskapliga resultat från välgjorda undersökningar - som ett komplement till annan kunskap, och i samråd mellan patient och vårdpersonal.

**Studiekvalitet och evidensstyrka:**

Studiekvalitet avser den vetenskapliga kvaliteten hos en enskild studie och dess förmåga att besvara en viss fråga på ett tillförlitligt sätt. Evidensstyrkan är en bedömning av hur starkt det sammanlagda vetenskapliga underlaget är för att besvara en viss fråga på ett tillförlitligt sätt.

SBU (2010) delar in den vetenskapliga evidensstyrkan i fyra olika områden:

- Starkt vetenskapligt underlag, evidensstyrka 1. I det vetenskapliga underlaget skall då finnas minst två studier som oberoende av varandra har ett högt bevisvärde.
- Måttligt starkt vetenskapligt underlag, evidensstyrka 2. I det vetenskapliga underlaget skall då finnas minst en studie med högt bevisvärde och två med medelhögt bevisvärde. Evidensstyrkan kan bli lägre om det finns studier med annat resultat.
- Begränsat vetenskapligt underlag, evidensstyrka 3. I det vetenskapliga underlaget skall då finnas minst två studier med medelhögt bevisvärde. Evidensstyrkan kan bedömas som motstridig och för begränsad om det finns studier med motsatt resultat.
- Otillräckligt vetenskapligt underlag. När studier har motsägelsefulla resultat och/eller inte uppfyller kraven på bevisvärde bedöms att inga slutsatser kan dras.

Även Föreningen Sveriges Habiliteringschefer (2006) lyfter i sin policy för habilitering fram vikten av forskning inom området. De skriver:

Ett aktivt FoU-arbete (Forskning och Utveckling) ska utveckla, tillämpa, granska och avveckla teorier och metoder inom handikapp och habilitering i syfte att ständigt förbättra verksamheten utifrån barnens, ungdomarnas och de vuxnas behov. (2010, s. 7)

Föreningen Sveriges Habiliteringschefer (2010) arbetar också systematiskt med att synliggöra evidensläget inom olika centrala och aktuella områden på habiliteringen. Målet med detta arbete är att ha aktuell kunskap kring olika metoder och dess evidens. En aspekt vad gäller evidens är att den bör kombineras med beprövad erfarenhet (SBU 2010).

Det bör här poängteras att vetenskaplig evidens inte rekommenderas att användas isolerat, utan att denna skall integreras med kliniskt kunnande och patientens unika situation och önskemål. (Berndtsson & Kroksmark, 2008, s. 44)

Evidensbaserad praktik är ett annat evidensbegrepp, Socialstyrelsen (2008) beskriver:

*”evidensbaserad praktik* menar vi en praktik som är baserad på en sammanvägning av brukarens erfarenheter, den professionelles expertis samt bästa tillgängliga vetenskapliga kunskap.

Bohlin och Sager (2011) beskriver att de metoder och tekniker som finns inom EBM efter etableringen inom det medicinska området har införts i andra områden som utbildning, kriminalvård och socialt arbete. Målet har varit att evidensen skall ligga som grund för både praktiskt arbete och utformande av policy för verksamheter.

Foss Hansen och Rieper (2011) lyfter diskussionen att det kan finnas problem med att överföra evidensidén utvecklad inom det medicinska området till utbildning och socialt arbete med andra traditioner inom forskning och utvärdering. De refererar till forskare inom utbildning i Danmark, där har begreppet ”evidensbaserad forskning” kritiserat som snäv och frågan om det finns forskning som inte är evidensbaserad har ställts. Ett kunskapscentrum inom utbildningsområdet i Danmark har valt alternativet att utveckla en modell där evidensen baseras på både kvalitativ och kvantitativ forskning.

Designen av studien har stor betydelse för att värdera effekten av en metod. SBU (2010) pekar på att det i vissa situationer kan vara omöjligt att göra randomiserade studier eller metoder kan sakna forskning med denna studiedesign. Bästa underlag för att bedöma evidens kan då vara andra studier exempelvis observationsstudier.

Sundell och Stensson presenterade år 2010 en studie om effektutvärderingar i doktorsavhandlingar. Rapporten beskriver 1402 avhandlingar producerade år 1997-2006 inom följande sju områden: folkhälsovetenskap, kriminologi, omvårdnadsvetenskap, pedagogik, psykologi, socialt arbete och sociologi. Av dessa arbeten studerade 13 % effekten av interventionsinsatser. Dessa var då framförallt inom områden omvårdnadsvetenskap och folkhälsovetenskap. Slutsatsen i studien visade att beroende på att det endast är ett fåtal doktorander inom dessa områden som arbetat med utvärdering av effekter påverkar detta införandet av evidensbaserad praktik i socialt arbete. Även Berndtsson och Kroksmark (2008) konstaterar att ”diskussionen om evidensfrågor har kommit längre inom hälso- och sjukvården än inom det pedagogiska/specialpedagogiska forskningsfältet” (s. 48).

## **Syfte och frågeställningar**

Studiens syfte är att undersöka vilken evidens det finns för de metoder som specialpedagoger inom Barn- och ungdomshabiliteringen använder i sitt arbete.

Vilka metoder använder specialpedagogen på Barn- och ungdomshabiliteringen för att stimulera och stödja barnet i sin inlärning och utveckling?

Vilken forskning finns kring effekten av att använda metoden?

## Metod i föreliggande studie

I följande kapitel beskrivs val av metod och hur studien har genomförts. I kapitlet beskrivs enkäten, hur pilotstudien genomfördes och etiska överväganden. I ett avsnitt diskuteras vår förståelse och hur den kan ha påverkat tolkningen av resultatet från studien. Evidensurval och aktuella databaser presenteras också.

Hur kunskap definieras är en faktor som styr forskningens ansats. Positivism företräder en kunskapssyn där forskning ses som universell, objektiv och där forskningen presenterar samma resultat vid upprepning. Detta synsätt hävdar att det finns en sanning och resultaten kan därigenom överföras från ett sammanhang till ett annat. Traditionellt baseras naturvetenskaplig forskning på denna syn på hur kunskap produceras och studier inom naturvetenskap är oftast kvantitativa. Motsatsen till detta är den kunskapssyn som oftast refereras till inom samhällsvetenskap och humanism. Den menar att varje individ skapar sin egen uppfattning om verkligheten. "Kunskap grundas därmed på hur individen upplever, erfar och förstår sin värld." (DePoy och Gitlin, 1999, s. 30). Denna syn på kunskap genererar oftast kvalitativa studier. I föreliggande studie har vi valt en positivistisk ansats då vi anser att det passar forskningsområdet och de aktuella frågeställningarna.

## Val av metod

För att få information om vilka metoder som specialpedagogerna på Barn- och ungdomshabiliteringarna i Sverige använder i sitt arbete valde vi att starta med att göra en kvantitativ studie, i enkätform. Trost (2007) påtalar att "Om frågeställningen gäller hur ofta, hur många eller hur vanligt, då skall man göra en kvantitativ studie" (s. 23). Syftet var att få fram vilka metoder som specialpedagoger använder i sitt arbete på Barn- och ungdomshabiliteringen och hur många som använder vilken metod. Utöver detta ansåg vi att det var av intresse att få en uppfattning om i vilken omfattning metoden används och till vilka målgrupper.

Bell (1995) skriver om kvantitativ forskning att:

Kvantitativt inriktade forskare samlar in fakta och studerar relationer mellan olika uppsättningar av fakta. De mäter och använder vetenskapliga tekniker som kan ge kvantifierbara och om möjligt även generaliserbara slutsatser. (s. 13)

En kvantitativ studie används enligt Nyberg (2010) när man vill mäta omfattning, frekvens, antal och den insamlade informationen kan ofta presenteras i siffror. En av frågeställningarna i vår studie är att undersöka om det finns forskning kring effekten av de metoder som används av specialpedagogerna. För att belysa vilken evidens det finns på varje metod sökte vi forskning på de metoder som specialpedagogerna använde mest frekvent.

## Utformandet av enkäten

Vi listade de metoder som vi själva kände till används av specialpedagogerna inom Barn- och ungdomshabiliteringarna. För att ta reda på om specialpedagogerna på Barn- och ungdomshabiliteringarna i Sverige använder sig av ytterligare metoder än dem vi hade kännedom om gavs utrymme i enkäten (se bilaga 1) för informanterna att skriva till ytterligare metoder. I enkäten ville vi också få svar på frågan om i vilken omfattning som metoden används samt till

vilka diagnosgrupper. För att ta reda på faktiska förhållanden ställde vi i inledningen av enkäten frågor om informantens utbildning, samt vilka målgrupper (diagnoser) och vilket åldersspann som tillhör målgruppen på den aktuella habiliteringsenheten. Trost (2007) säger:

Vi vill veta hur det faktiskt förhåller sig och inte hur den som svarar anser det vara. Med detta sätt att resonera har man genast visat att man anser att fakta finns. (s. 67)

För att ta reda på om metoderna användes till specifika diagnosgrupper listades de specialpedagogiska metoderna och diagnosgrupper/funktionshinderområde av barn och ungdom som finns representerade inom Barn- och ungdomshabiliteringarna. Vi valde att särskilja diagnosen Downs syndrom från utvecklingsstörning, eftersom vi hade erfarenhet av att det finns en specifik metod som används till många barn med Downs syndrom. För att förenkla för informanterna utformades enkäten som kryssfrågor. Informanterna skulle även ange på en skala i hur stor utsträckning respektive metod används. För att mäta denna fråga använde vi en "ordinalskala - där värdena går att mäta från det högsta till det lägsta" (Eljertsson, 2005, s. 89). Denna skala delades in enligt följande, 1–3 metoden användes i låg omfattning, 4–7 metoden användes i medelmåttig omfattning samt 8–10 metoden användes i hög omfattning.

Enkäten avslutades med en öppen fråga. Bell (1995) anser att det finns svårigheter med att analysera svaren på öppna frågor men att de kan ge värdefull information. Informanterna gavs möjlighet att genom den öppna frågan komma med synpunkter på området evidens och specialpedagogiska metoder inom habiliteringen.

## **Pilotstudien**

För att säkerställa att frågorna i enkäten var tydligt formulerade gjordes en pilotstudie. Genom kännedom valde vi ut fem specialpedagoger som arbetar på tre olika Barn- och ungdomshabiliteringar i Göteborgsområdet som fick besvara enkäten.

Syftet med att prova hur enkäten fungerar innan man skickar ut den är att få bort all konstigheter eller grunder för missförstånd så att det skall bli så lätt som möjligt för de "riktiga respondenterna" att fylla i den. (Bell, 1995, s. 83)

Utifrån de kommentarer vi fick genom pilotstudien gjordes mindre förändringar i enkäten.

## **Urval**

Trost (2007) diskuterar hur stort urval det behövs för att statistiskt säkerställa ett resultat. "En tumregel är att ju större urval desto större sannolikhet att det skall vara representativt för populationen" (s. 37). För att få in så många svar som möjligt i vår enkätundersökning planerade vi göra en totalundersökning, d.v.s. att skicka ut en enkät till alla specialpedagoger som arbetar på Barn- och ungdomshabilitering i Sverige. Trost (2007) anser dock att detta inte är nödvändigt:

I de flesta avseenden är dessa undersökningar alldeles för dyrbara och tar alldeles för lång tid; man skulle lika gärna kunna göra undersökningarna på mindre och slumpmässiga urval. (s. 37-39)

På grund av begränsningen av omfattningen av denna studie ansåg vi att det behövde göras ett urval av specialpedagoger för att få ett representativt resultat i vår undersökning. Vi ville

kunna dra slutsatser av resultatet för att få fram vilka metoder som specialpedagogerna på Barn- och ungdomshabiliteringen i Sverige använder sig av.

För att kunna göra sådana uttalanden krävs först och främst att man har ett i statistisk mening representativt urval. Med det menas att var och en av de utvalda motsvarar eller representerar en del av befolkningen på ett sådant sätt att hela urvalet är en miniatyr av populationen; de skall representera de andra. Man kan i dessa sammanhang skilja mellan slumpmässiga och icke slumpmässiga urval. (Trost, 2007, s. 29)

Vi valde att göra urvalet som ett icke slumpmässigt urval, ett kvoturval. Trost (2007) menar att:

Idén bakom kvoturval är att man skall få ett urval av människor, enheter eller hushåll som är representativt för populationen i bestämda avseenden. (s. 30)

Enligt Föreningen Sveriges Habiliteringschefer hemsida (2010) finns det i dag 21 Barn- och ungdomshabiliteringar i Sverige. För att få ett representativt underlag i undersökningen ville vi skicka enkäten till ca 100 informanter. Vi startade med att studera habiliteringarnas hemsidor i Sverige för att se hur många specialpedagoger som arbetar på respektive habilitering. Vi ville få representation ifrån specialpedagoger som arbetar i olika områden som storstad, småstad och glesbygd. Sex habiliteringar valdes ut, Barn- och ungdomshabiliteringen i Halland, Skåne, Stockholm, Uppsala, Värmland och Västra Götaland. Enligt Statistiska centralbyrån (2010) motsvarar befolkningsunderlaget för dessa sex habiliteringar mer än 50 % av Sveriges befolkning. Enkäterna skickades till specialpedagogerna på dessa habiliteringar, vilket enligt habiliteringarnas hemsidor var 127 specialpedagoger.

## Etiska överväganden

Etik handlar om att bygga upp, stimulera och hålla vid liv en medvetenhet och en diskussion om hur man bör handla. Trost (2007) säger: ”Många överväganden måste göras. Dem vi vill fråga måste verkligen svara frivilligt och får inte övertalas att svara” (s. 48). Trost diskuterar också hur många påminnelser man bör eller inte bör skicka och att vikten av att människorna som är utvalda som respondenter inte är negativa till att svara. Vetenskapsrådet (1991) ställer etiska krav inom fyra områden, krav på information, krav på samtycke, krav på konfidentialitet och krav på nyttjande. Dessa krav beaktade vi då vi genomförde enkäten.

Vi förmodade att gruppen specialpedagoger skulle vara positiv till att svara på vår enkät eftersom ämnet evidens är mycket aktuellt inom habiliteringen idag. Vi valde att inte ta reda på vad de enskilda specialpedagogerna svarade, utan kodade enkäterna som skickades till samma habilitering med samma nummer för att kunna se hur många svar vi fick från varje habilitering. För att inte tvinga specialpedagogerna att svara valde vi att skicka en gemensam påminnelse till de habiliteringsenheter som inte svarat inom två veckor.

På Vetenskapsrådets (2010) hemsida CODEX står det:

Man kunde ändå säga att forskarens eget etiska ansvar i en mening utgör grunden för all forskningsetik. Forskaren har nämligen ytterst själv ansvaret att se till att forskningen är av god kvalitet och moraliskt acceptabel.

I redovisningen presenteras resultaten gemensamt för alla specialpedagoger. Detta för att informanterna inte skall kunna identifieras. Vi anser med dessa överväganden att hänsyn tagits till de etiska aspekter som är viktiga i undersökning.



## Genomförande

För att förklara syftet med vår studie skrev vi ett följebrev till specialpedagogerna (se bilaga 2). Ett informationsbrev om studien skickades även till respektive habiliteringschef (se bilaga 3). Enligt Trost (2007) bör man ge varje enkät någon form av identitetsnummer, exempelvis ett löpnummer. Vi valde att koda enkäterna med en siffra för respektive habilitering innan de skickades ut istället för att ge varje specialpedagog en kod. Vi informerade i följebrevet om att svaren skulle vara anonyma och hur enkäterna var kodade för att ge oss möjlighet att kunna skicka ut påminnelse. En etisk aspekt var att vi inte hade behov av information om vad den enskilda specialpedagogen hade svarat utan vad gruppen specialpedagoger på respektive Barn- och ungdomshabilitering använde för metoder i sitt arbete. 127 enkäter skickades ut.

Trost (2007) anser att det är viktigt att göra en tidsplan för hur enkäterna skall hanteras.

Tidsuppläggningsen är liksom så mycket annat en smaksak. Jag anser att man skall göra som man själv anser vara bäst. Om man följer ett mönster uppgjort av någon annan kanske man formulerar påminnelserna på ett kantigare eller oklarare sätt än man annars skulle ha gjort. (s. 106)

Enkäterna skickades ut under hösten 2009, i november månad så att vi i god tid skulle få tillbaka enkäterna innan juledigheten. Vi ansåg att två veckor var en rimlig tid för specialpedagogerna att hinna svara på enkäten. Då enkäterna återkom registrerades de, därefter skickades en påminnelse till yrkesgruppen på de habiliteringar som inte hade svarat. Informanterna fick ytterligare två veckor på sig att svara.

## Svarsfrekvens och bortfall

Totalt fick vi 80 svar, svarsfrekvensen var 62 %. Tre informanter svarade att enkäten inte var tillämplig för dem eftersom de arbetade med vuxna personer. Dessa tre valde vi att ta bort eftersom vi ansåg att materialet inte var relevant för vår undersökning. Trost (2007) anser att en svarsfrekvens 50-75 % på en enkätundersökning är relevant. Sammanlagt är det 77 personer som besvarat enkäten. Därav anser vi att insamlade data är relevanta för vår studie.

De faktorer vi tror kan ha betydelse för det externa bortfallet, d.v.s. de som inte besvarade enkäten, är att många av specialpedagogerna på habiliteringarna i landet ofta påpekar att de har en hög arbetsbelastning. Det kommer också många förfrågningar om att delta i olika enkäter. I en del av enkäterna förekom internt bortfall, d.v.s. besvarade enkäter har bortfall på enstaka frågor (Eljertsson, 2005). Exempel på detta var att fyra av informanterna inte hade angett till vilken diagnos man använde metoden eller att omfattning av användandet av metoden för respektive diagnosgrupp inte hade fyllts i. Vi valde ändå att ha med dessa enkäter i vår undersökning.

## Sammanställning av enkätsvar

Sammanställning gjordes av antal metoder per diagnosgrupp och i vilken utsträckning metoden användes. För att åskådliggöra resultatet på ett tydligt sätt valde vi att redovisa i stapeldiagram. Ett stapeldiagram för vilka diagnoser som respektive metod användes till och ett stapeldiagram för i vilken utsträckning metoden användes. Dessa diagram presenteras under evidensavsnittet för respektive metod. För de metoder vi inte har sökt evidens presenteras diagrammen i bilaga (se bilaga 4). Svaren på den öppna frågan sammanställdes

och redovisas under två olika rubriker, "Kommentarer om evidens" samt "Kommentarer om metoder som används av specialpedagoger på habiliteringen".

## Underlag

Underlaget för denna studie är totalt 77 informanter. Samtliga arbetar som specialpedagoger på Barn- och ungdomshabilitering. Av dessa är 67 specialpedagoger, två speciallärare, en dramapedagog, fem har en pedagogisk grundutbildning och en är barnskötare. En av informanterna hade glömt att ange profession. Sammanlagt inkom något svar ifrån varje enhet inom habiliteringen i Västra Götaland, Halland, Skåne, Stockholm, Uppsala och Värmland.

## Urval av metoder att söka forskning på

Inom ramen för detta arbete bedömdes att vi behövde begränsa urvalet av vetenskapliga studier att granska. De metoder som enligt enkäten användes av flest specialpedagoger valdes ut för att söka evidens på. Vi insåg att det var svårt att söka forskning på vissa metoder, exempelvis Eklektisk metod och Gruppverksamhet därför uteslöt vi dessa metoder. Inom ramen för detta arbete valde vi att begränsa oss till att söka evidens på nio metoder som specialpedagogerna använder.

## Evidensurval

Som utgångspunkt tänkte vi studera som mest tre vetenskapliga arbeten inom varje område av de metoder som framkom som mest frekventa i enkäten. Under arbetets gång visade det sig att på flera av metoderna kunde vi inte hitta forskning på effekt av metoden. Vi granskade primära källor, d.v.s. originalartiklar och avhandlingar, samt sekundärkälla som Review (forskningsöversikt) eller metaanalys<sup>5</sup> om det fanns.

Målet var att hitta forskning som företrädesvis var publicerad under 2000-talet, inom en metod var detta inte möjligt. Då det finns en stor variation på tillgång till forskning inom de olika metoderna har flera olika sökvägar använts. Vi har sökt både nationell och internationell forskning och om möjligt valt artiklar som är previewed (förhandsgranskade) och till viss del litteraturstudier. De databaser vi använt beskrivs på sidan 31. Sökord och olika kombinationer av sökord vi har valt att använda redovisas inom respektive metodområde. Utöver databaserna har vi använt information från föreläsningar av forskare inom området.

## Databaser

Följande databaser har använts i sökandet efter evidens. Beskrivningarna om de olika databaserna är hämtade från Göteborgs universitets biblioteks webbsida (2011) samt från respektive webbsidas egen information.

### GUNDA

GUNDA är Göteborgs universitets gemensamma bibliotekskatalog.

<http://www.ub.gu.se/gunda>

### ERIC

---

<sup>5</sup> **metaanalys**, statistisk metod som utnyttjar resultaten från ett varierande antal sinsemellan helt oberoende studier för att belysa t.ex. värdet av en behandling vid en viss sjukdom. Genom att kombinera resultaten från många studier reducerar man slumpens inflytande på resultaten och därmed risken för felaktiga slutsatser beträffande behandlingseffekter (Nationalencyklopedin, 2010)

En referensdatabas som står för Educational Resources Information Center. Databasen innehåller data från 1966. Den omfattar referenser till artiklar, rapporter inom pedagogik och utbildning. <http://www.eric.ed.gov>

#### SpringerLink

Fulltext från ca 1100 tidskrifter, de flesta utgivna av Springer och Kluwer men också andra förlag finns med. Flertalet tidskrifter är engelskspråkiga, övriga är på tyska.  
<http://www.springerlink.com>

#### Google

Via Google Scholar går det att söka efter flera ämnen och källor internationellt. Det finns vetenskapligt granskade skrifter, avhandlingar, böcker, referat och artiklar från t.ex. akademiska förlag och universitet. <http://scholar.google.se>

#### Avhandlingar.se

Databasen ger dig en inblick i vad svenska doktorander och forskare håller på med. Här finns färdiga avhandlingar (doktorsavhandlingar och licentiatavhandlingar).  
<http://www.avhandlingar.se>

#### Uppsatser.se

På databasen kan man söka examensuppsatser från svenska högskolor och universitet.  
<http://www.uppsatser.se>

# Reliabilitet, validitet och generaliserbarhet

Här diskuteras studiens reliabilitet, validitet och generaliserbarhet.

Vi redovisar också vår förförståelse och problematiken som kan uppstå med den.

Bell (1995) beskriver att:

Reliabilitet eller tillförlitlighet är ett mått på i vilken utsträckning ett instrument eller tillvägagångssätt ger samma resultat vid olika tillfällen under i övrigt lika omständigheter. (s. 62)

Genom att beskriva hur vi har kommit fram till våra frågeställningar och hur vi har genomfört studien, och om möjligt referera till forskning på avancerad nivå, ökar reliabiliteten. Med forskning på avancerad nivå menar vi att vi har granskat forskning på magisternivå eller högre nivå.

Validiteten (eller giltigheten) beskrivs av Bell (1995).

Det är ett mått på om en viss fråga mäter eller beskriver vad man vill att det skall mäta eller beskriva. Om en fråga inte är reliabel, saknar den också validitet. (s. 63)

Validiteten på grundmaterialet, enkäten, är grundad på vår erfarenhet och kunskap om vilka metoder som används av specialpedagoger som arbetar inom habiliteringen. Vi gjorde även en pilotundersökning på fem specialpedagoger på habiliteringen innan vi skickade ut enkäten till våra informanter. I pilotundersökningen tillkom inga fler metoder än de vi redan hade listat i enkäten.

”Generaliserbarhet, dvs. för vem/vilka gäller resultaten” (Stukat, 2009, s. 125). För att ringa in undersökningsområdet, vilka metoder som används av specialpedagoger i Sverige, valde vi att använda en enkät. Enkätsvarens generaliserbarhet påverkas av att samtliga habiliteringar i Sverige inte är representerade som informanter och att vi därför inte fått information från samtliga specialpedagoger inom Barn- och ungdomshabiliteringen i Sverige. Generaliserbarheten påverkas också av att det fanns ett bortfall av informanter. Genom att välja informanter från både glesbygd, småstad och storstad anser vi att generaliserbarheten ökas. Folkmängden i de områden där informanterna finns som är underlag för vår undersökning är cirka 50 % av Sveriges befolkning enligt Statistiska centralbyrån (2010). Detta innebär att vi har fått svar från cirka hälften av de habiliteringar som finns i Sverige och som ger habiliterande insatser i dessa områden.

Generaliserbarheten inom de flesta studier vi har funnit inom de olika specialpedagogiska metoderna är inriktade på en specifik diagnosgrupp. Det innebär att resultaten från de studierna inte går att direkt överföra till andra diagnosgrupper. Generaliserbarheten minskar också då det finns få studier inom vissa av metoderna i undersökningen. Många studier bygger på litet underlag och kontrollgrupper saknas. Ytterligare en svårighet med forskning på barn är att barn är i ständig utveckling och det är svårt att veta om det är barnets normala utveckling som leder till resultat eller om det är metoden i sig (Thernlund, 2010). Denna studie kan inom sin ram naturligtvis inte täcka detta breda forskningsområde. Arbetet kan vara ett underlag för fortsatt utveckling och forskning kring metoder som används av specialpedagoger inom Barn- och ungdomshabiliteringen.

## **Förförståelse**

Vi har båda arbetat inom området Barn- och ungdomshabilitering sedan 1980-talet och har kunskaper om de olika diskurser som influerat verksamheten över tid. Ödman (2007) menar att forskaren inte kan vara helt neutral utan blir en del av forskningen. Alvesson och Skoldberg (1994) skriver: "Forskaren är alltid insatt i ett historiskt och socialt sammanhang" (s. 51). Då validiteten påverkas av forskarens tolkning är det viktigt att vi reflekterar över vår egen bakgrund. En aspekt är naturligtvis om vår mångåriga erfarenhet från området vi studerar är till nackdel eller till fördel. Svårigheten är att förförståelsen inom området gör det svårt att förhålla sig objektiv till ett sammanhang som man är en del av och där vi har formats i vår profession. Vi är självklart påverkade av den kultur vi arbetar i och behöver vara observanta på detta. Vår bakgrund kan påverka oss så att vi kan ha svårigheter att vara neutrala. Kännedomen inom området kan också underlätta att tolka de vetenskapliga artiklarnas innehåll i vår granskning. Exempelvis om det finns faktorer som inte har redovisats i de studier vi undersöker och som kan ha betydelse för studiens resultat.

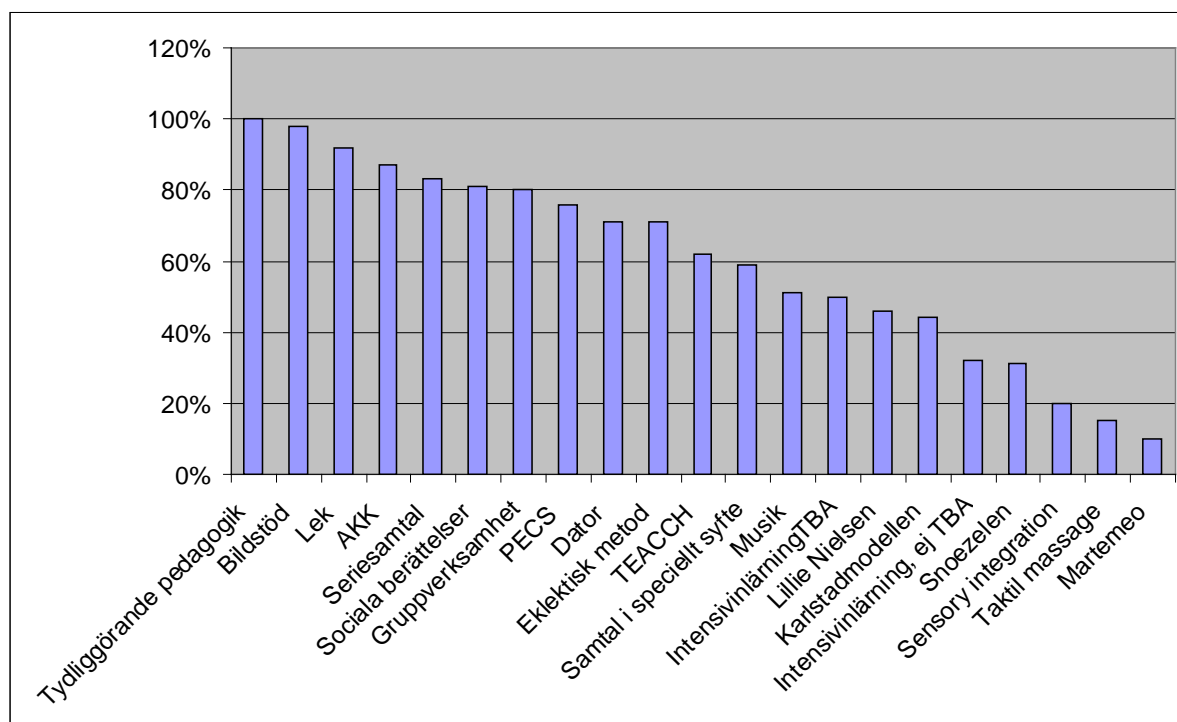
## Resultat

Här redovisar vi resultatet av enkätsvaren i antal specialpedagoger som använder varje metod.

Totalt besvarades enkäten av 77 personer: 67 specialpedagoger, två speciallärare, en dramapedagog, fem med pedagogisk grundutbildning och en barnskötare. En informant hade inte angett sin profession. Det innebär att av de 76 informanter som uppgett sin profession hade 90 % av informanterna specialpedagog-/speciallärarutbildning. Då samtliga informanter arbetar som specialpedagoger på Barn- och ungdomshabiliteringen användes alla besvarade enkäter, även från dem som inte hade specialpedagogutbildning. Åman (2006) beskriver i sin avhandling en nationell enkätstudie som genomfördes år 2004 bland pedagoger på Barn- och ungdomshabiliteringen. Pedagogerna som besvarade enkäten var framförallt förskollärare och 65 % av dessa hade specialpedagogisk påbyggnadsutbildning. De som inte hade denna utbildning var ofta äldre förskollärare. Detta skiljer sig från enkäten i vår studie, den var inte nationell men där hade 90 % av informanterna specialpedagogutbildning eller speciallärarutbildning. Detta tolkar vi som om en förnyring skett i gruppen och att de pedagoger som anställs under senare år har specialpedagogutbildning.

### Frekvensen av specialpedagoger som använder vilken metod

Nedan presenteras fördelningen på de olika diagnosgrupperna. Informanterna kunde ange flera diagnosgrupper. Metoderna presenteras i ordning från mest till minst frekvent använd metod.



Figur 1. Fördelning i procent i vilken omfattning metoden används.

Metod	Antal informanter som använde metoden
Tydliggörande pedagogik	77
Bildstöd	76
Lek	71
AKK	67
Seriesamtal	64
Sociala berättelser	63
Gruppverksamhet	62
PECS	59
Eklektisk metod	55
Dator	55
TEACCH	48
Samtal i speciellt syfte	46
Musik	40
Intensivinläring TBA	39
Lilli Nielsen	36
Karlstadmodellen	34
Intensivinläring, ej TBA	25
Snoezelen	24
Sensory Integration	16
Taktil massage	12
Marte Meo	8

Tabell 1. Fördelning på antal personer som använde respektive metod

## Fördelning på diagnosgrupper och i vilken omfattning metoden används

Fördelningen på de olika diagnosgrupperna samt i vilken omfattning metoden används presenteras i diagram. Dessa diagram finns i anslutning till redovisningen av de metoder vi har sökt forskning på, alternativt i bilaga 4 för de metoder vi inte har studerat. Informanterna kunde ange flera diagnosgrupper som respektive metod användes till. Alla informanter arbetade inte med alla diagnosgrupper och alla åldrar vilket påverkar resultatet.

Samtliga 21 metoder användes till alla diagnosgrupper förutom metoden Lilli Nielsen, den används inte till diagnosgruppen ADHD. 15 av metoderna användes mest till barn med autism, fyra av metoderna användes mest till barn med flerfunktionsnedsättning, en av metoderna används mest till barn med utvecklingstörning och en mest till barn med Downs syndrom. Omfattningen i hur mycket de olika metoderna användes varierade mellan de olika diagnosgrupperna. Omfattningen angavs i en skala 1–10. De flesta redovisade svar är i medelmåttigt till hög omfattning.

## Forskning på de olika metoder som används av specialpedagoger på habilitering

Här redovisas utfallet av enkäterna för respektive metod och forskning inom respektive metod. De studier som granskats presenteras i tabellform och beskrivs mer ingående på sidan 44-64. Av nio granskade metoder fann vi viss evidens på sex. Underlaget i sammanställningen är 17 studier, varav fyra översiktsartiklar, två avhandlingar och 11 primärstudier. I två primärstudier fanns kontrollgrupper. Artiklarna beskriver positiva resultat men att mycket forskning återstår att göra

Författare	Titel	Syfte	Underlag	Resultat
<b>LEK</b>				
Brodin, J. (1991) Sverige	Att tolka barns signaler. Gravyt flerhandikappades barns lek och kommunikation.	Att studera lek och samspel, barn-föräldrar eller vårdare.	6 barn och föräldrar/vårdare.	Lek är ett medel för kommunikation och kommunikation är ett medel för barns utveckling.
Dutta, R. & Mehta, M. (2006) Indien	Centered Play Therapy in Management of Somatoform.	Att undersöka om lekterapi stödjer barnet i att uttrycka emotionella problem verbalt.	15 barn, ålder 5-11 år med somatisk sjukdom.	Barnen blev mer medvetna om sina känslor, symptom och tankar. De ökade sin förmåga att verbalt uttrycka emotionella problem.
Pirilä, S. Nieminen, P., Seppänen., R-L. & Korpela, R. (1996) Finland	The play of Disabled Children in Early Development.	Att via lek stimulera barnets utveckling.	61 barn, 0-7 år med motoriska funktionshinder.	De flesta barn utvecklades motoriskt, kognitivt och i leken.
<b>AKK</b>				
Blomgren m.fl. (2011) Sverige	Tidig kommunikations och språkinsatser till förskolebarn inom barnhabilitering.	Inventera evidens inom området AKK för förskolebarn med funktions- nedsättning.	82 studier, varav 32 översikts - artiklar och 50 primärstudier.	Tidiga AKK-insatser skall erbjudas för att underlätta barnets kommunikation, minska problem – skapande beteende och stimulera utveckling av tal och språk.



Clarke, M., MC. Conachie, H., Price, K. & Wood, P. (2000). England	Views of young people using augmentative and alternative communication systems.	Studera barnets synpunkter på organisation av sin talterapi och egna tankar om användandet av AKK.	17 barn och 6 unga vuxna som använder symboler som AKK	De flesta ansåg att systemet för AKK var "uncool and boring". 11 av barnen ansåg att de hade nytta av att använda sitt AKK. Alla föredrog enskild träning.
<b>Sociala berättelser</b>				
Fisher, K. & Hauger, T. (2009). USA	Developing social skills in children who have disabilities through the use of social stories and visual support.	Använda sociala berättelser för att uppnå ett specifikt mål.	8 barn i ålder 3-8 år. 4 barn med autism och 4 barn med utvecklings - förseningar inom flera områden.	Barnen bedömdes ha ökat sin sociala kompetens.
Ozdemir, S. (2008). Turkiet	Using multimedia social stories to increase appropriate social engagement in young children with autism.	Att undersöka om barnen kunde delta under längre tid i passande sociala aktiviteter.	3 barn med autism, 1 femåring och 2 sexåringar.	Samtliga barn gjorde framsteg, 2 kunde generalisera detta till en annan miljö.
Kokina, A. & Kern, L. (2010). USA	Social Story Interventions for Students with Autism Spectrum Disorder: A Meta-Analysis.	En meta-analys för att studera sociala berättelser som intervention för elever inom autism-spektrat.	18 studier	Sociala berättelser verkar ha mer effekt på målet att minska olämpligt beteende än att lära in nya sociala färdigheter.

<b>PECS</b>				
Flippin, M., Reszka, S. & Watson, L. R. (2010). USA	Effectiveness of the Picture Exchange Communication System (PECS) on communication and speech for children with autism spectrum disorders.	Studera effektiviteten av metoden PECS på språket för barn med Autism Spectrum Disorder.	Metanalys med totalt 18 deltagare i 8 single subject och 95 deltagare i grupper. Kontrollgrupp med 65 deltagare med annan intervention.	Författarna beskriver metoden som löftesrik men ännu inte evidensbaserad för barn med autism i åldern 1-11 år.
Preston & Carter (2009). Australien	A Review of the Efficacy of the Picture Exchange Communication System Intervention.	Review av forskning skriven på engelska där PECS var en del av interventionen och där resultatet redovisades på grupp nivå och för den enskilda individen.	27 studier på både grupp och single subject. Totalt 465 deltagare (barn och vuxna) varav 86 % använde PECS.	Preliminär evidens för att använda PECS som metod för barn och vuxna med Autism Spectrum Disorders eller andra funktionsnedsättningar med påverkan på utvecklingen och inget eller lite tal.
Yoder, P. & Lieberman, R. (2010). USA	Randomized Test of the Efficacy of Picture Exchange Communication System on Highly Generalized Picture Exchanges in children with ASD.	Studera effekten av att använda metoden PECS för barn med Autism Spectrum Disorder	36 barn deltog i studien, 19 tränade med PECS och 17 med annan intervention	De barn som använde PECS som metod ökade antalet begäran, dvs. begär att få ett föremål genom att lämna en bild mer än de barn som använde annan intervention.
<b>TEACCH</b>				
Persson, B. (2003). Sverige	Treatment Evaluation and Screening of Autism.	Granska behandlings-forskning avseende autismspektrum-störning och utvärdera en behandlingsmodell, TEACCH.	En delstudie utvärderade 79 studier om TEACCH.	Viss evidens, att TEACCH metoden förbättrar barnets färdigheter, ökar självständigheten och indirekt förbättra livskvalitet.
Schultheis, S.F., Boswell, B.B. & Decker, J. (2000).	Successful Physical Activity Programming for students with Autism.	Syftet var att öka elevernas fysiska välbefinnande och motoriska förmåga med hjälp av TEACCH i grupp-aktivitet	Grupp med elever med autism.	Eleverna utvecklades motoriskt och kunde träna självständigt.

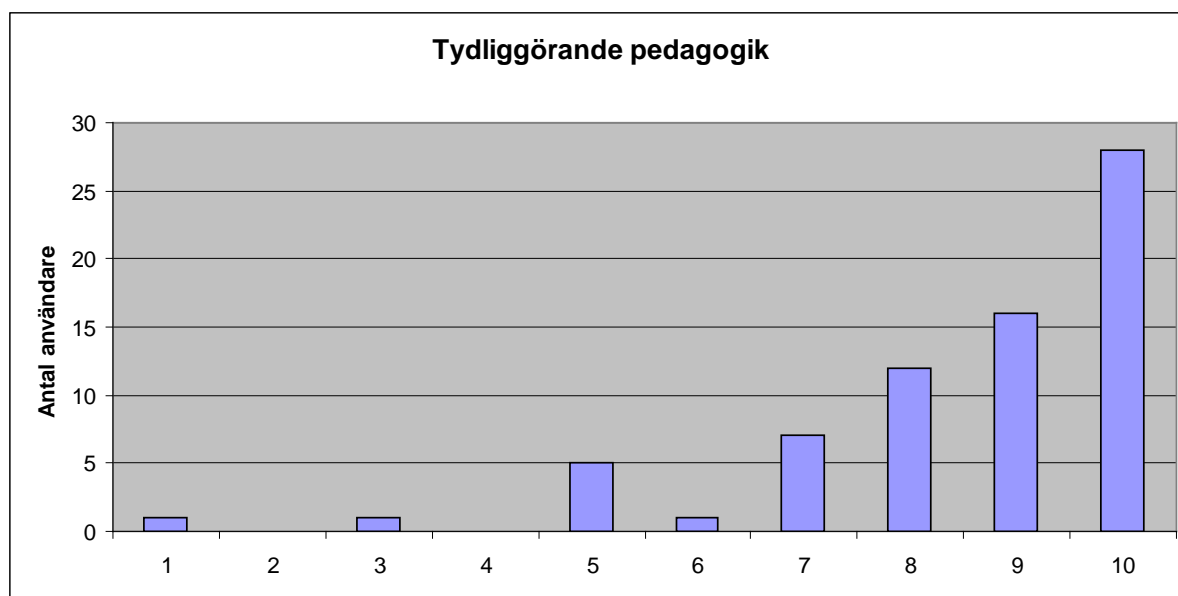
Panerai, S., Zingale, M., Trubia, G., Finocchiaro, M., Zuccarello, R., Ferri, R. & Elia, M. (2009). Italien	Special Education Versus Inclusive Education: The Role of the TEACCH program.	Att använda TEACCH som inlärningsmetod för barn med autism samt mental retardation.	34 pojkar med autism och mental retardation. 24 undervisades enligt TEACCH metoden och 10 barn använde ingen speciell metod.	Positiva effekter på utvecklingen för de barn som använde TEACCH som inlärningsmetod.
<b>Dator</b>				
Ramdoss, L., Lang R., Mulloy, A., Franco, J., O'Reilly, M., Didden, R. & Lancioni, G. (2010). Nederländerna	Use of Computer-Based Interventions to Teach Communication Skills to Children with Autism Spectrum Disorders.	Review, studier där interventionen är baserad på datoranvändning och har som mål att lära kommunikativa färdigheter till barn och ungdomar med Autism Spectrum Disorders.	10 studier med 70 deltagare varav 77 % pojkar och 23 % flickor.	Alla studier visar någon framgång av interventionen exempelvis, fler initiativ till kommunikation, ökat ordförråd, ökad fonologisk medvetenhet och fler verbala uttryck. Men författarna menar att underlaget är för litet för att vara vetenskapligt belagt.
Hopkin, I., Gower, M., Perez, T., Smith, D., Amthor, F., Wimsatt, C. & Biasini, F. (2011). USA	Avatar Assistant: Improving Social Skills In Students with an ASD Through a Computer-Based Intervention.	Syfte var att öka deltagarnas sociala färdigheter och att kunna generalisera detta till andra situationer.	49 deltagare, 44 pojkar och 5 flickor med högfungerande och lågfungerande autism i ålder 6 till 15 år.	Resultatet visade på positiv effekt, barnen förbättrade sina sociala förmågor.

Mercier. D., Mirenda. P., & MC Cartney, J. (2011) Canada	Using symbol- supported writing software with students with Downs Syndrom.	Effekten av att använda skrivprogram med dator med symbolstöd.	Första året: 43 elever med Downs syndrom, 29 pojkar och 14 flickor i åldern 6-18 år. Andra året: 17 elever med Downs syndrom i åldern 7-15 år.	Preliminärt resultat för denna studie är att genom att använda symbolstöd på datorn kan skrivhastigheten öka och ge praktiska förutsättningar att öva att skriva.
--	---	--	--	---

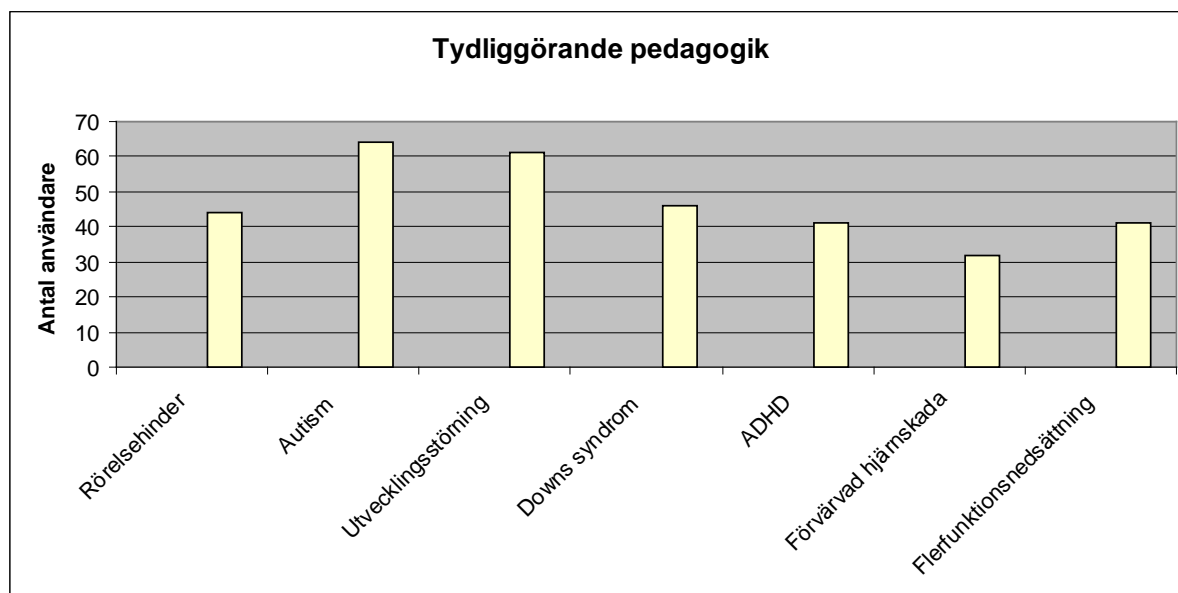
## Presentation av studierna

### Tydliggörande pedagogik

Metoden Tydliggörande pedagogik används av 77 informanter, det vill säga 100 %. Metoden används till barn/ungdomar med rörelsehinder, autism, utvecklingsstörning, Downs syndrom, ADHD, förvärvad hjärnskada samt flerfunktionsnedsättning. Det visade sig att 68 av informanterna använder metoden i medelmåttig eller hög omfattning.



Figur 2.1 I vilken omfattning metoden används.



Figur 2.2 Till vilka diagnosgrupper metoden används.

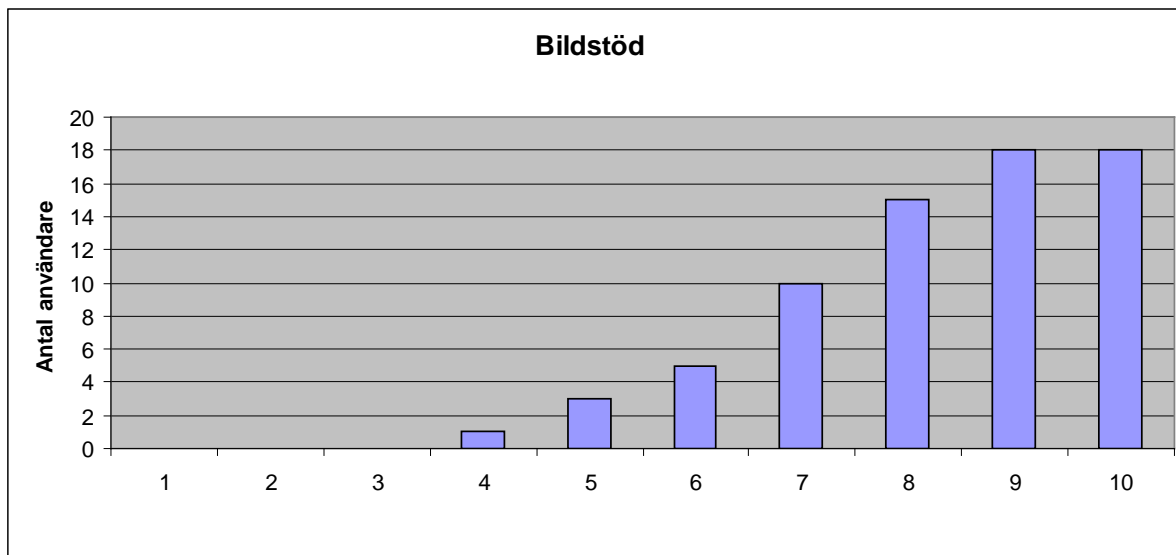
De sökord som har använts är tydliggörande pedagogik, autism och structured pedagogic. Av de träffar som kommer upp diskuterar ingen av artiklarna tydliggörande pedagogik. Vad vi däremot fann i sökandet efter forskning kring tydliggörande pedagogik var forskning kring

TEACCH-metoden. Där nämndes tydliggörande pedagogik som en del av TEACCH-metoden.

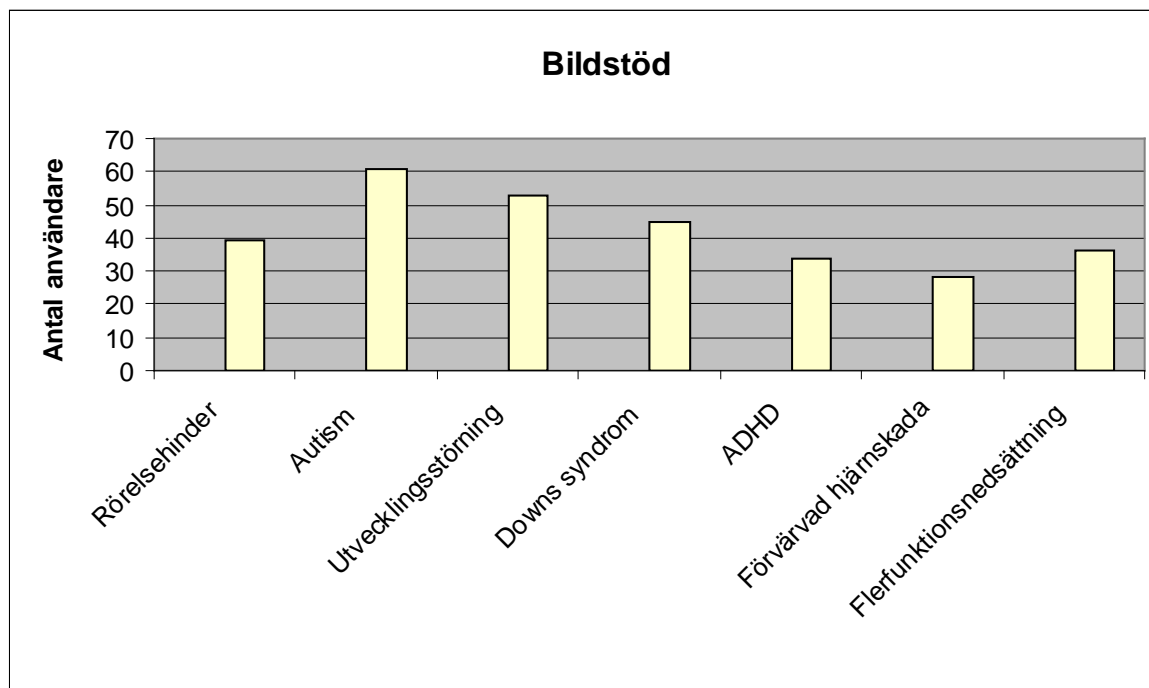
Sammanfattningsvis kan vi säga att metoden används av 99 % av informanterna men att vi inte fann evidens kring effekten av att enbart använda tydliggörande pedagogik.

## Bildstöd

Metoden Bildstöd används av 76 informanter, det vill säga 99 %. Metoden används till barn/ungdomar med rörelsehinder, autism, utvecklingsstörning, Downs syndrom, ADHD, förvärvad hjärnskada samt flerfunktionsnedsättning. Metoden används i medelmåttig eller hög omfattning av 61 informanter.



Figur 3.1 I vilken omfattning metoden används.



Figur 3.2 Till vilka diagnosgrupper metoden används.

De sökord som har använts är bildstöd, funktionshindrade barn, picture, picture support, handicap, children och visual aid. Det gav inga träffar med forskningsgrund som styrker användandet av bildstöd i arbetet med barn med funktionshinder. Vi fann däremot verksam-

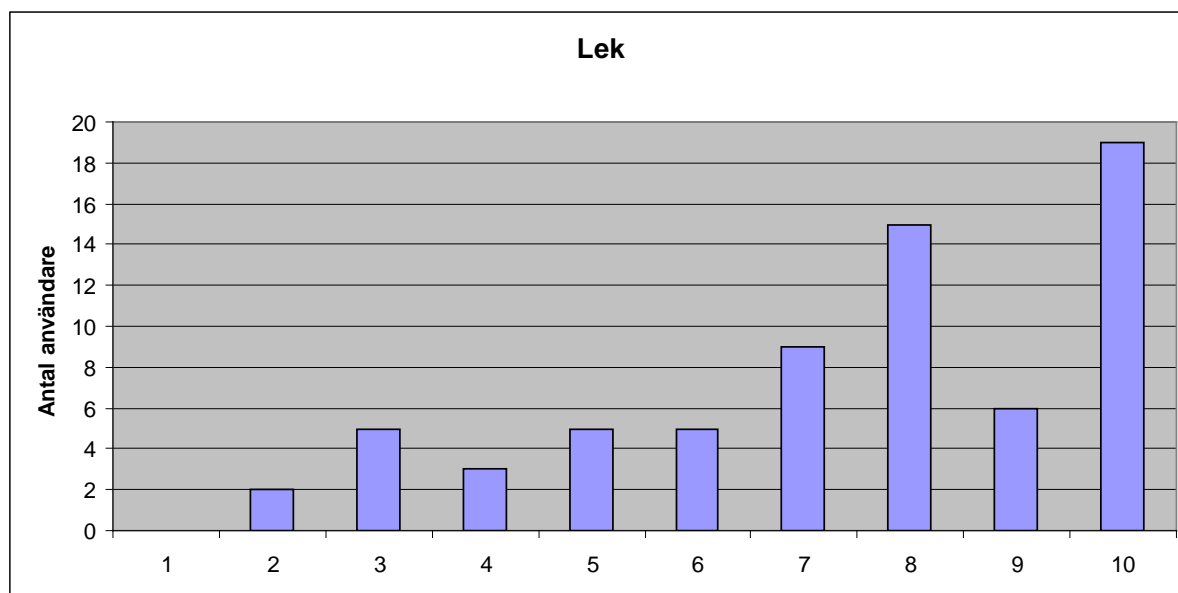
hetsbeskrivningar på flera olika ställen, där verksamheterna beskriver hur de använder bildstöd i sitt arbete med både barn och vuxna med funktionsnedsättningar. Det är verksamheter som förskola, skola, habilitering samt daglig verksamhet.

Sammanfattningsvis kan vi säga att bildstöd används av 99 % av informanterna. Vi har inte funnit någon evidens som styrker effekten av att använda bildstöd.

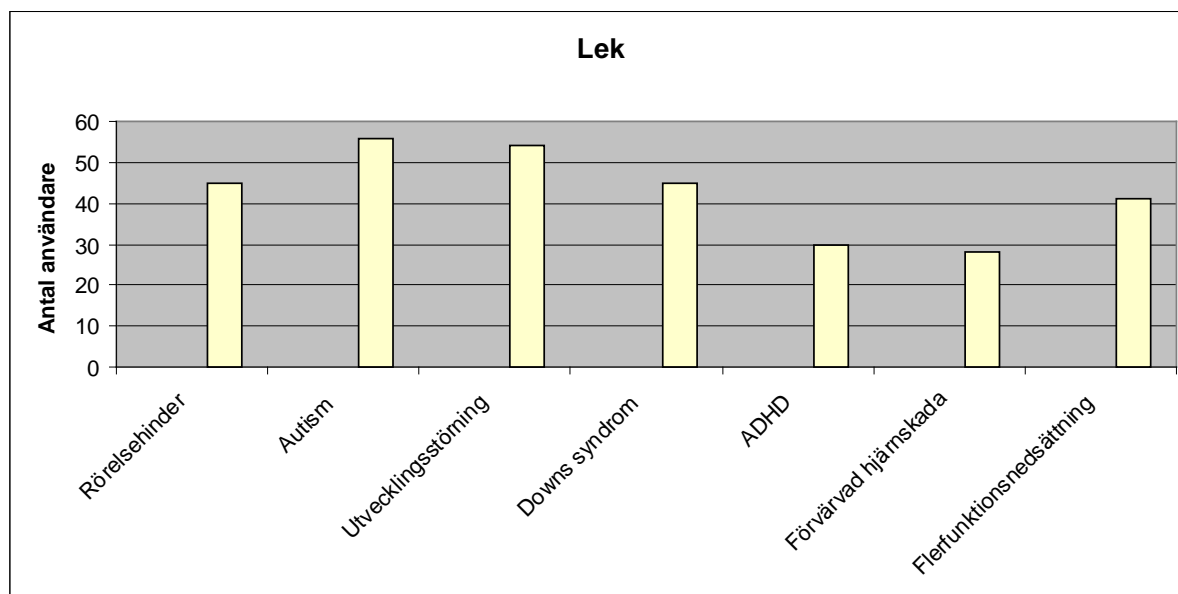


## Lek

Metoden Lek används av 71 informanter, det vill säga 92 %. Metoden används till barn/ungdomar med rörelsehinder, autism, utvecklingstörning, Downs syndrom, ADHD, förvärvad hjärnskada och flerfunktionsnedsättning. Metoden används i medelmåttig och hög omfattning av 59 informanter.



Figur 4.1 I vilken omfattning metoden används.



Figur 4.2 Till vilka diagnosgrupper metoden används.

De sökord som har använts är lek, funktionshinder, handikapp, play, handicap och disability. Utifrån träffarna valdes två artiklar, Dutta m.fl. (2006) och Pirilä m.fl. (1996) och en doktorsavhandling, Brodin (1991).

Dutta m.fl. (2006) påvisar i sin artikel att barncentrerad lekterapi i kombination med reflekterande föräldrar har god effekt för barn som har somatiska sjukdomar. I under-

sökningen ingick en grupp om femton barn i åldern 5–11 år med en somatisk sjukdom. De fick träffa en lekterapeut för barncentrerad lekterapi vid 25 tillfällen. Varje barn fick ett terapipass på 45 minuter två gånger i veckan. Efter 8, 16 samt 25 gånger gjordes en bedömning av uppförandeproblem. Föräldrarna deltog också i reflekterande föräldrasamtal vid tre tillfällen på vardera två timmar. Resultatet visade att barnen gradvis blev mer medvetna om sina känslor, kroppsliga symtom och tankar. Föräldrarna blev mindre auktoritära och kontrollerande. Studien visar att barncentrerad lekterapi är effektiv för barn med somatiska sjukdomar och deras möjligheter att uttrycka emotionella problem verbalt.

Brodin (1991) beskriver i sin avhandling "Att tolka barns signaler. Gravyt utvecklingsstörda flerhandikappade barns lek och kommunikation" det kommunikativa samspelet mellan gravt utvecklingsstörda flerhandikappade barn på tidig utvecklingsnivå och deras föräldrar/vårdare och att beskriva lekens funktion i mor–barn interaktionen. Studien baseras på analys och tolkning av lek med moder/vårdare samt matsituationen för sex barn mellan 1 och 10 år. Videinspelningar har gjorts i barnets hem och i barnets dagliga verksamhet. Ett av barnen bodde på sjukhus varför filmningen blev gjord där. Ytterligare ett barn vistades endast hemma på grund av infektionsrisk. Studien är i huvudsak kvalitativ och deskriptiv. Den bygger också på semistrukturerade intervjuer och ostrukturerade samtal med föräldrar, lärare/förskollärare samt egna observationer. Vad som framgår i studien är att barnens intressen är främst inriktade på lekar som bygger på syn, hörsel, känsel, kroppskontakt och rörelser d.v.s. lekar som är sinnesstimulerande. Studien tyder också på att barnets egna aktiva deltagande har stor betydelse för om barnet blir aktivt eller passivt i leken. Det visade sig även att barnen tycker om lekar som innehåller sång och musik och bygger på sinnesstimulering. Barnen intresserar sig endast lite för traditionella leksaker. Barnen söker närhet och kroppskontakt med den vuxne. Studien visar att de sex barnen är nästan helt beroende av vuxna i sin leksituation. Barnen hade få naturliga kamratkontakter och endast ett av barnen hade lekkamrater utanför sin dagliga verksamhet. Två av barnen som kunde förflytta sig själva leker gärna rörelselekar. Det gör även ett av barnen som har ett svårt rörelsehinder. De tre äldsta barnen tyckte om att titta på när andra barn leker. Brodin drog slutsatsen att lek och kommunikation hänger nära samman. Både lek och kommunikation är en social process med ömsesidig påverkan. Hon säger: "Att lek är ett medel för kommunikation framgår av min studie, liksom att kommunikation är ett medel för barnens utveckling" (Brodin, 1991, s. 216). I studien framkom att föräldrarna ser det som viktigt att själva ha något att träna för att stimulera barnets utveckling. Det kan enligt Brodin vara att träna barnets handfunktion eller kommunikationsförmåga. Oftast sker denna träning under lek. Brodin skriver att det inte är självklart att barn med svåra funktionshinder följer samma utvecklingsmönster som andra barn utan att utvecklingen är mycket oregelbunden.

I en finsk studie, Pirilä, (1996), "The play of disabled children in early development", studeras leken hos 61 barn i åldern 0–7 år med funktionshinder. Projektet var en del av ett större projekt som handlar om tidig intervention för barn med motoriska funktionshinder. De diagnoser som barnen hade var Cerebral pares 42 barn, Ryggmärgsbråck 7 barn samt Psyko-motorisk utvecklingsförsening 12 barn. Barnen kom till Tampere University Hospital i Finland och fick leka både strukturerad lek tillsammans med en terapeut och ostrukturerad lek tillsammans med sin mamma. Lektunderna filmades och analyserades. Barnen testades både motoriskt och kognitivt med standardiserade test, GMFM (Gross Motor Function) samt Griffith mental development scale, WPPSI eller WISC-R. Studien visar att de flesta barnen utvecklades motoriskt, lekmässigt samt mentalt när de ingick i studien. Sju av barnen visade däremot väldigt liten utveckling lekmässigt. De sju barnen var på en tidig utvecklingsnivå samt med stora motoriska funktionshinder. Studien visar att ju högre nivå barnen har på Gross

Motor Function ju högre leknivå uppnår barnen. Den påvisar att det är en stor individuell skillnad i lekutvecklingen hos alla barn med funktionshinder. Studien visar även att barn med en utvecklingsstörning utvecklas lekmässigt mycket långsammare än barn som endast har ett rörelsehinder.

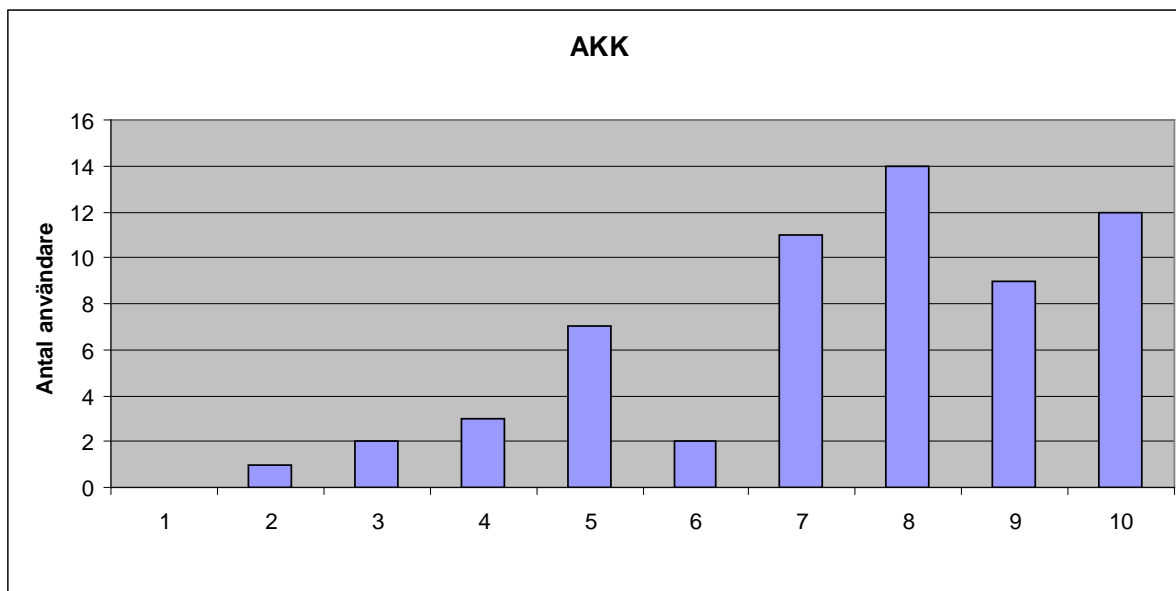
Sammanfattningsvis kan man säga att en stor grupp av specialpedagogerna i enkäten, 92 %, använder lek som metod i sitt arbete. Vi fann mycket forskning på lek i vårt sökande efter artiklar, men mycket begränsat kring barn med funktionsnedsättning och lek. Forskning kring barn med funktionsnedsättning och lek verkar vara ett oprioriterat forskningsområde. Brodin (2004) menar att:

Only a limited numbers of studies include children with disabilities. My viewpoint is that children with disabilities have the same needs, wishes and interests as all children if they just get an opportunity. (s. 636)

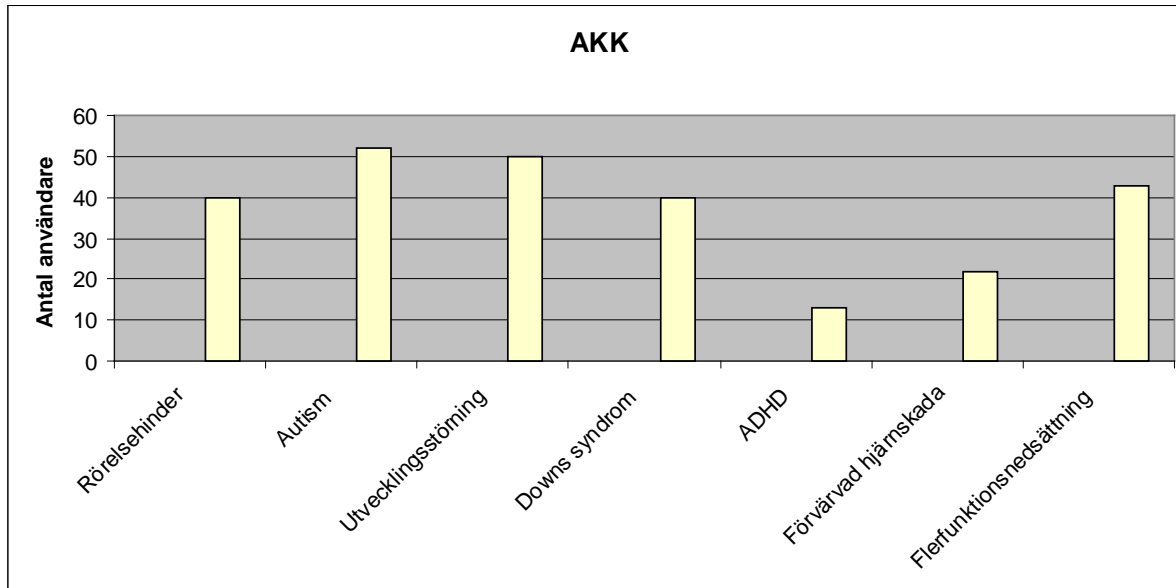
Lek i sig är ett stort område och leken ser olika ut för olika barn. Barn med funktionsnedsättning är inte en homogen grupp och det är svårt att generalisera all forskning till alla barn. Att barnets motoriska utveckling har betydelse för barnets lekutveckling påvisas i studien Pirilä (1996).

## AKK – Alternativ och Kompletterande Kommunikation

Metoden AKK används av 67 informanter, det vill säga 87 %. Metoden används till barn/ungdomar med rörelsehinder, autism, utvecklingsstörning, Downs syndrom, ADHD, förvärvad hjärnskada och flerfunktionsnedsättning. Metoden används i medelmåttig och hög omfattning av 55 informanter.



Figur. 5.1 I vilken omfattning metoden används.



Figur 5.2 Till vilka diagnosgrupper metoden används

De sökord som har använts är alternativ kompletterande kommunikation, alternative communication, AAC, grafisk kommunikation, pictures, tecken som stöd, sign language och Bliss.

Det har varit svårt att finna forskning på avancerad nivå som handlar om alternativ kommunikation. På kandidat- och magisternivå finns däremot ett antal uppsatser som diskuterar AKK ur olika perspektiv. Det kan exempelvis vara vad specialpedagoger känner

till om AKK eller hur AKK används i skola/förskola. Det finns dock en hel del litteratur inom området som beskriver olika metoder inom AKK som tecken som stöd, grafiska symboler och tekniska lösningar. Ett namn som kommer upp flera gånger i sökandet efter forskning/litteratur inom AKK är Heister Trygg (1998, 2001, 2004, 2009), som tillsammans med olika författare beskriver AKK ur olika perspektiv.

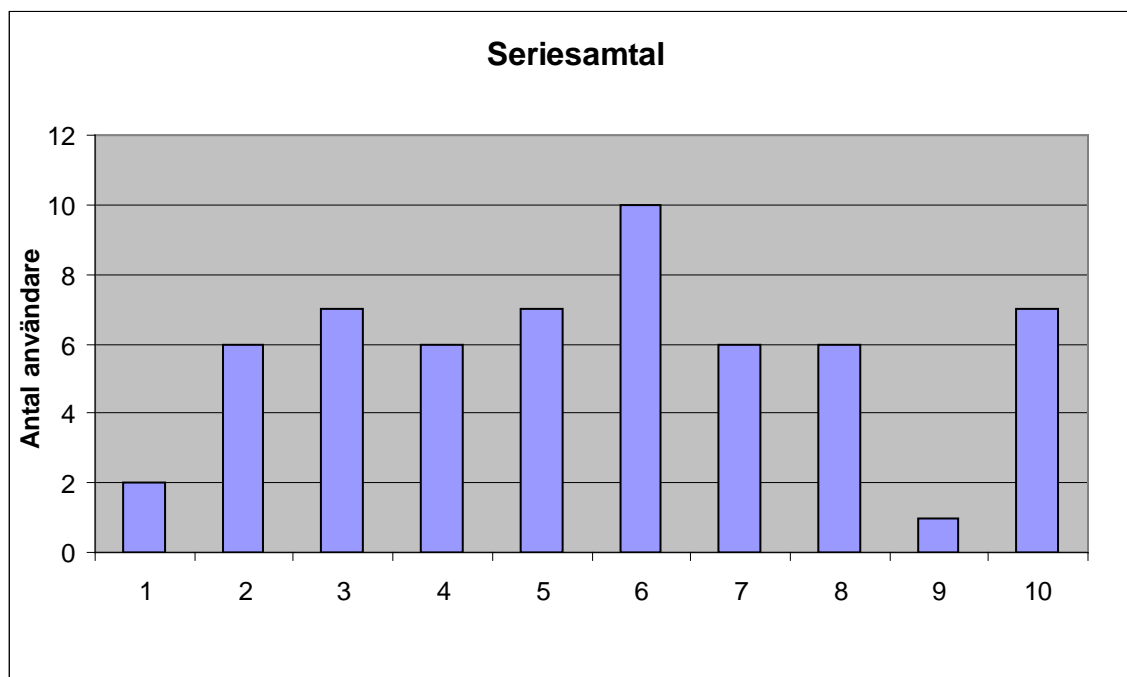
År 2011 initierades ett projekt av Föreningen Sveriges Habiliteringschefer där evidensbaserad habilitering (EBH) stod i fokus. Föreningen har till uppdrag att verka för att habiliteringsverksamheten skall utvecklas för barn, ungdomar och vuxna utifrån de styrdokument som finns för verksamheten. Rapporten från interventionsområdet, "Tidiga kommunikations- och språkinsatser till förskolebarn inom barnhabiliteringen", publicerades 2011-04-01. Arbetsgruppen hade Thunberg som vetenskaplig ledare och bestod av ytterligare sex medlemmar (Blomgren m.fl. 2011). Artiklarna granskades utifrån tre system: Schlosser, Golper samt Nordenström. I granskningen ingick 82 studier där 32 var översiktsartiklar och 50 var primärstudier. I granskningen framkom att de flesta studierna är gjorda på barn inom autismspektraområdet. På andra plats kom gruppen barn med utvecklingsstörning. För gruppen barn med rörelsehinder finns sämst evidensunderlag. Blomgren m.fl. (2011) drar slutsatsen att barn på en tidig kommunikationsnivå skall erbjudas AKK-insatser. Dessa insatser underlättar barnets kommunikation samt minskar problemskapande beteende. AKK insatser verkar också stimulera utvecklingen av tal och språk. Studierna visar att det är mest framgång om barnet erbjuds olika AKK-sätt samtidigt. Inget talar för att det finns ett AKK-sätt som är bäst att introducera tidigt, utan forskningen visar att såväl bilder, tecken och talade hjälpmedel kan presenteras mycket tidigt för barnet. I forskningen framkommer också att det är viktigt att förutsättningarna i inlärningssituationen är goda. Det vill säga att det är lustfyllt och motiverande och att kommunikationskortor och talande hjälpmedel skall användas även av personer i barnets närmiljö för att en positiv utveckling av barnets kommunikativa förmåga skall ske.

Clarke m.fl. (2000) hade i sin studie syftet att studera vad en grupp AKK-användare tyckte om organisationen kring talterapiundervisningen i skolan samt sina egna tankar kring användandet av AKK. Studien är gjord i London på sex unga vuxna och 17 barn som använder AKK. Informanterna använder minst 20 symboler och kan kombinera minst två symboler. Undersökningen genomfördes med en-till-en-intervju samt i fokusgrupper. De flesta barnen i undersökningen ansåg att deras system var "uncool and boring" (Clarke m.fl., 2000, s. 111). Elva av 17 barn indikerade dock att de hade användning för sitt AKK. Både barnen och de unga vuxna i undersökningen ansåg att det var bäst med enskild träning ihop med talterapeuten.

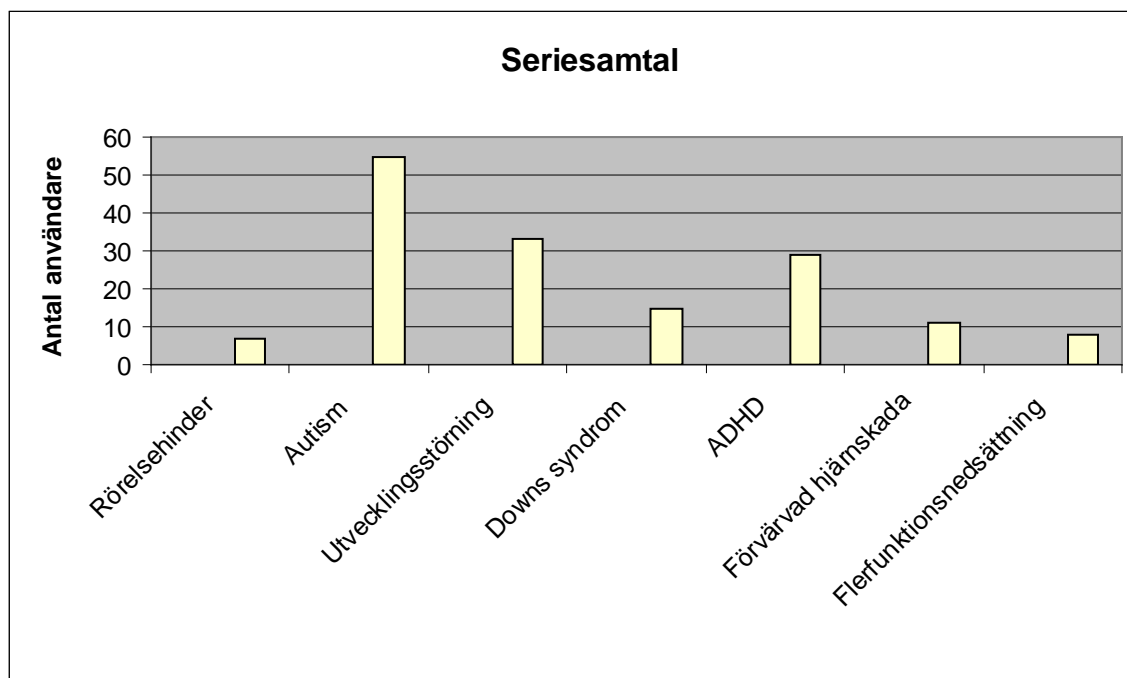
Sammanfattningsvis ser vi att AKK används av 87 % av informanterna. Det innebär att det finns en stor klinisk erfarenhet inom området. Senare forskning visar att det ger positiv effekt om barnet erbjuds flera olika AKK-insatser tidigt på ett lustfyllt och motiverande sätt. Det finns mest forskning kring barn med autism och AKK, gruppen barn med rörelsehinder och AKK finns det minst forskning kring.

## Seriesamtal - Comic Strip Conversation

Metoden Seriesamtal används av 64 informanter, det vill säga 83 %. Metoden används till barn med rörelsehinder, utvecklingsstörning, Downs syndrom, ADHD, förvärvad hjärnskada och flerfunktionsnedsättning, men framförallt till barn och ungdomar med autism. Metoden används i medelmåttig till hög omfattning av 38 informanter.



Figur 6.1 I vilken omfattning metoden används.



Figur 6.2 Till vilka diagnosgrupper metoden används.

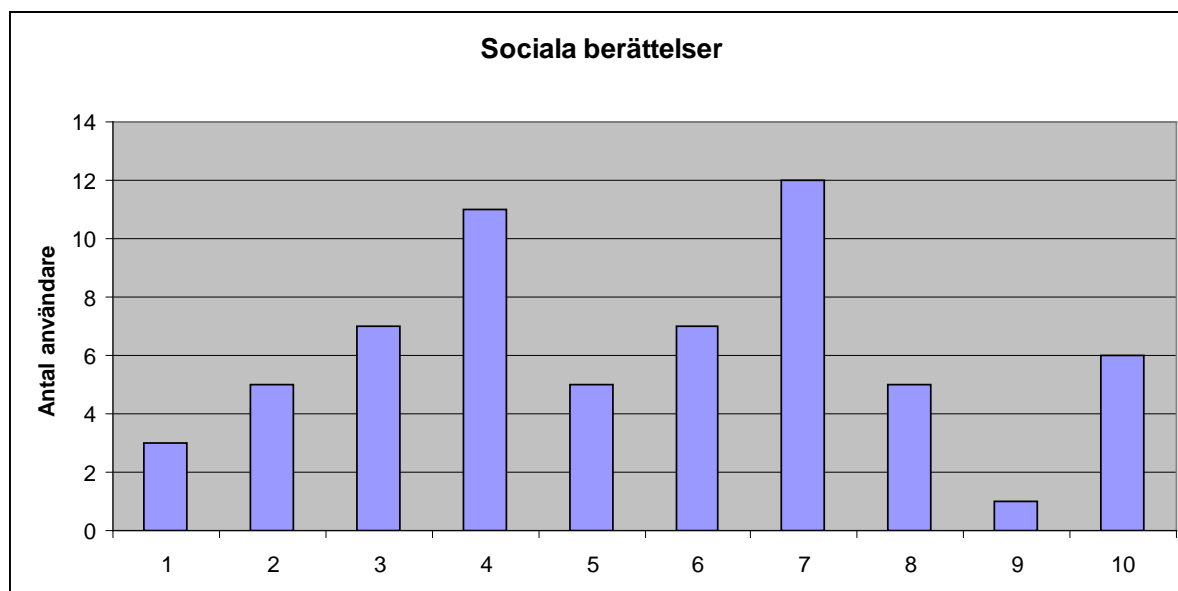
De sökord som har använts är seriesamtal, autism, barn, comic strip conversation, handicap, children samt Carol Gray.

Carol Grays namn kommer upp på de flesta träffar på Google. Carol Gray driver ett center för personer med autism i Michigan i USA. Gray har skrivit litteratur som finns rekommenderad på centrets hemsida, exempel Gray, C. (1994), *Comic Strip Conversations*. När vi gick vidare i sökandet efter evidens inom området har vi inte hittat någon vetenskaplig litteratur eller vetenskaplig artikel som Carol Gray har skrivit. Det finns mycket information nedtecknad på centrets hemsida om hur Comic Strip Conversation kan användas.

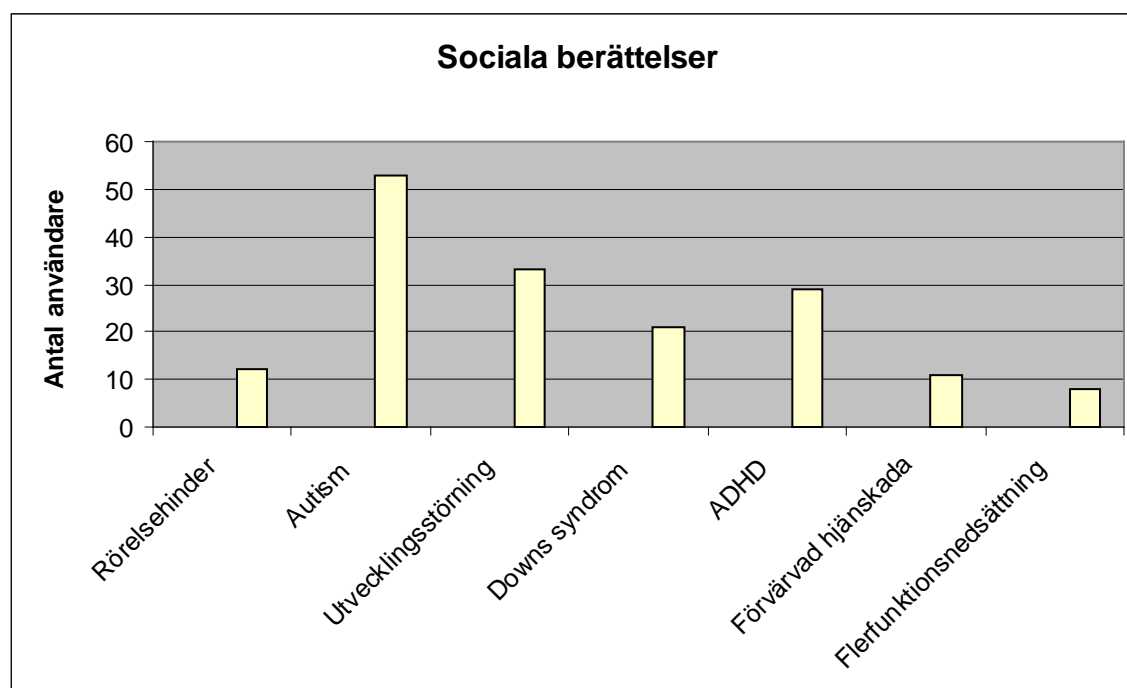
Sammanfattningsvis har vi inte funnit någon evidens inom området men däremot beskrivningar i litteratur (Andersson, 2000) som beskriver positiva effekter för barn med funktionsnedsättning då seriesamtal har använts. Att så många som 83 % av informanterna i vår enkät använde metoden visar på en stor erfarenhetsbaserad kunskap från klinisk erfarenhet om effekter av metoden. Då metoden används i flera världsdelar finns en klinisk erfarenhet från flera olika kulturer.

## Sociala berättelser

Metoden Sociala berättelser används av 63 informanter, det vill säga 80 %. Metoden används till barn med rörelsehinder, utvecklingsstörning, Downs syndrom, ADHD, förvärvad hjärnskada och flerfunktionsnedsättning, men framförallt till barn och ungdomar med autism. Metoden används i medelmåttig till hög omfattning av 38 informanter.



Figur 7.1 I vilken omfattning metoden används.



Figur 7.2 Till vilka diagnosgrupper metoden används

De sökord som har använts är sociala berättelser, funktionshinder, funktionsnedsättning, barn, social stories, disability, handicap, autism och children.



Två vetenskapliga artiklar valdes, Fisher och Haufer (2009) och Ozdemir (2008) samt en metaanalys, Kokina och Kern (2010).

Fisher & Haufer (2009) har använt aktionsforskning för en undersökning på tolv barn. Två lärare ansvarade för genomförandet på en skola där åtta barn deltog i studien. Fyra av barnen var 3–5 år och hade försening i sin sociala utveckling, tal- och språkutveckling, motorik och kognitiva utveckling. I studien ingick även fyra barn som var 6–8 år med diagnosen autism. Studien pågick under ett år. De arbetade dagligen med sociala berättelser med bildstöd med inriktning mot ett speciellt mål. Fem olika bedömningsformulär användes för att utvärdera barnens resultat, varav ett bedömningsformulär vände sig till föräldrarna. Föräldrarna bedömde barnens framsteg högre på skalan än vad lärarna gjorde. Sammantaget sågs framsteg både i att dela med sig av leksaker och att turas om i lekar och aktiviteter. Barnen bedömdes också ha ökat sin sociala kompetens.

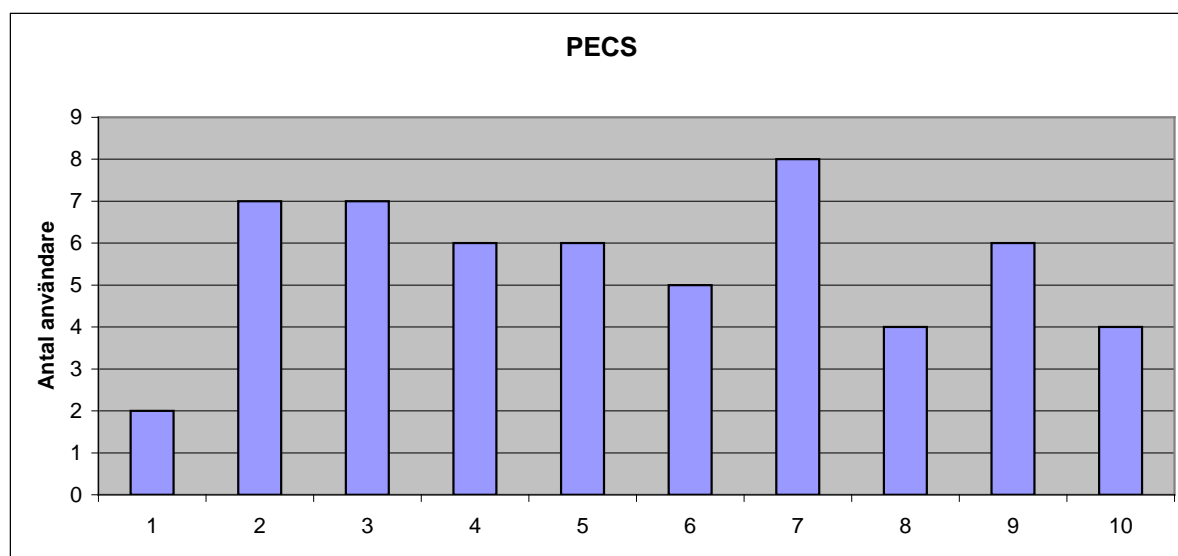
I Ozdemirs (2008) studie ingick tre barn med autism, en femåring och två sexåringar. Syftet med metoden var att se om barnen kunde delta under längre tid i passande sociala aktiviteter. Ett annat syfte var att undersöka effektivitet med att använda sociala berättelser i multimediaform på datorn. Först fick barnen titta på den sociala berättelsen på datorn och därefter ha en lektund med ett annat barn. Samtliga barn i studien gjorde framsteg, två av dem kunde också generalisera detta till ett annat sammanhang, klassrumsmiljön.

Kokina & Kern (2010) har i en metaanalys, sammanställt resultat av engelskspråkig forskning som publicerats före år 2009 kring sociala berättelser som intervention för elever inom autismspektrat. De sökte studier i databaserna Eric och PsycInfo. Totalt identifierade de 64 studier och 18 av dessa (publicerade 2002–2009) blev basen för metaanalysen. Interventionens vanligaste mål var att reducera olämpligt beteende och positiv utveckling av sociala färdigheter. De valde ut de ”single subject design”, där den primära diagnosen var ASD (Autism Spectrum Disorders) och där social berättelse var den enda interventionen. Studierna visar att det var mer effektivt när den sociala berättelsen användes i anslutning till den situation där problem förväntades uppstå än när den sociala berättelsen inte användes i direkt anslutning till denna situation. De flesta deltagarna var mellan tre och femton år, de flesta gick i pre-school och elementary school. Kokina & Kern påpekar också att de studier där det hade gjorts en kartläggning av barnets förståelseförmåga innan man använde sociala historier hade bättre utfall än i de studier detta inte gjordes. ”Interventionen verkar ha större effekt på målet att minska olämpligt beteende än att lära sig nya passande sociala färdigheter” (Kokina & Kern, 2010, s. 11). Sociala berättelser med både text och bild var mer effektiva än de som endast använde skriven text. Det är möjligt att effekten på barn som läser blir bättre.

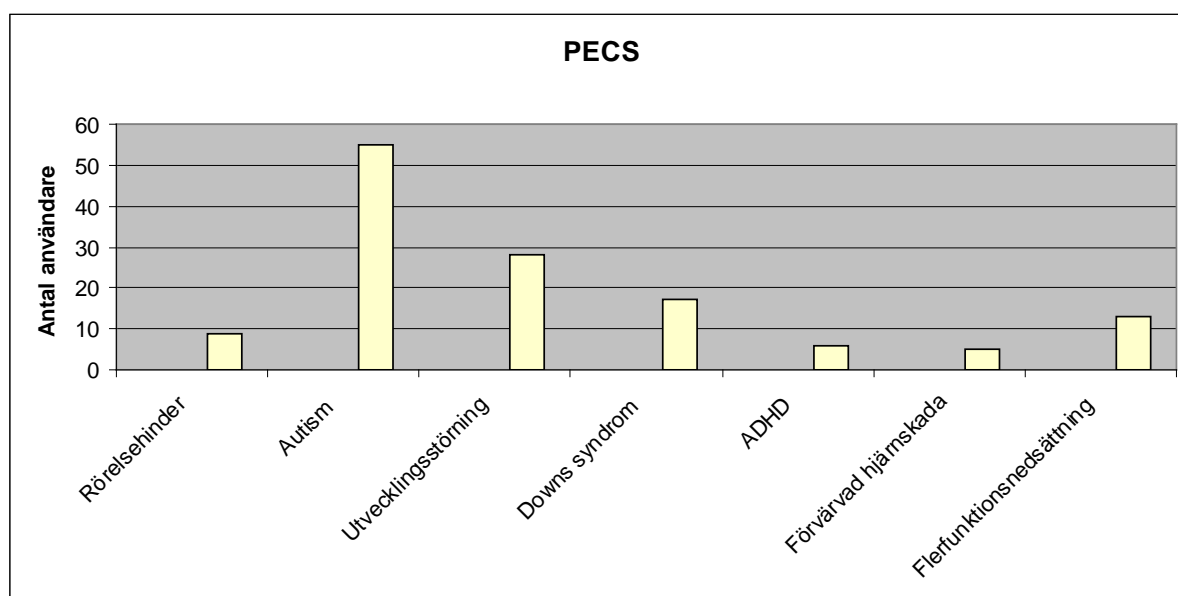
Sammanfattningsvis fann vi att forskningen på sociala berättelser är begränsad och att många studier är gjorda på ett litet underlag. Det är svårt att hitta forskning med kontrollgrupper. Den forskning som vi refererar till är inte gjord i Sverige. Då metoden är kopplad till den sociala kontexten, vilken kan se olika ut i olika kulturer, är det inte säkert om resultaten kan överföras direkt till svenska förhållanden. Den forskning som finns visar på positiva effekter av metoden som ökad social kompetens och att minska olämpligt beteende. Att så många som 80 % av informanterna i vår enkät använde metoden visar på en stor erfarenhetsbaserad kunskap från klinisk erfarenhet om effekter av metoden. Då metoden används i flera världsdelar finns en klinisk erfarenhet från flera olika kulturer.

## PECS - Picture Exchange Communication System

Metoden PECS används av 59 informanter, det vill säga 77 %. Metoden används till barn med rörelsehinder, utvecklingsstörning, Downs syndrom, ADHD, förvärvad hjärnskada och flerfunktionsnedsättning, men framförallt till barn och ungdomar med autism. Metoden används av 38 informanter i medelmåttig till hög omfattning.



Figur 8.1 I vilken omfattning metoden används.



Figur 8.2 Till vilka diagnosgrupper metoden används

De sökord som har använts är PECS och PECS Picture Exchange Communication System. Vi har sökt svenska artiklar utan resultat men forskning från andra länder har hittats. Vi fann en metaanalys, Filipin, Reszka och Watson (2010), en review, Preston och Carter (2009), samt en artikel, Yoder och Lieberman (2010).

Filipin, Reszka och Watson (2010) har i sin metaanalys studerat effektiviteten av metoden Picture Exchange Communication System (PECS) på språket för barn med Autism Spectrum

Disorder. Författarna beskriver att det finns förhållandevis mycket forskning på PECS jämfört med annan intervention för kommunikation för barn med autism. Författarna menar att mycket forskning får uteslutas då studierna exempelvis har använt PECS-metoden i modifierad form, metoden har använts på barn med olika diagnoser och därmed olika förutsättningar och metoden har använts till barn och ungdomar i olika åldrar. Metaanalysen inkluderar forskning som bedrivits mellan 1991 och 2009. Totalt i metaanalysen har de inkluderat åtta single subjects med totalt 18 deltagare och tre studier på grupper, där 95 deltagare använde PECS och 65 deltagare i kontrollgrupper hade annan intervention. Resultatet visar att metoden ger möjlighet att främja kommunikationen, deltagarna i studierna har visat små till måttliga framsteg i ökad kommunikation efter träningen. Studierna kring effekten på verbalt språk var färre till antalet men visade att ökad användning av verbalt språk var ingen eller liten. Författarna uttrycker att det finns ett behov av ytterligare forskning inom området, bland annat fler studier med jämförelse med andra interventioner och studier för att mäta effekten över tid. Filipin, Reszka & Watson skriver att resultatet visar att metoden är löftesrik men ännu inte evidensbaserad för barn med autism i åldern 1 - 11 år.

Yoder och Lieberman (2010) har i sin forskning undersökt effekten av att använda Picture Exchange Communication System (PECS) för barn med Autism Spectrum Disorder. De har jämfört två interventioner för barn med Autism spectrum disorder. 36 barn deltog i studien och delades in i två grupper, 19 barn till PECS och 17 barn till Responsivity Education and Prelinguistic Milieu Teaching (RPMT)-intervention. Träningen pågick tre gånger per vecka i 20 minuter på universitetskliniken. Föräldrarna till barnen fick metoden demonstrerad och deltog i diskussioner kring hur strategierna i PECS kunde användas i andra situationer förutom vid träningstillfället. Barnen som använde metoden RPMT hade träning tre gånger per vecka i sex månader. RPMT-träningen innehåller bland annat lekrutiner med mål att öka den tidiga språkutvecklingen. Föräldrarna till barnen involverades i stödjande lek och kommunikationsstrategier. Resultatet visar att för de barn som använde PECS-metoden ökade antalet begäran med hjälp av bild, dvs. begär att få ett föremål genom att lämna en bild mer än för barnen som använde RPMT-metoden. Samtliga barn hade tillgång till bilder under utvärderingen. Författarna skriver att de inte säkert kan fastställa att barnen förstod vad bildernas symbol representerade, men att barnen förstod att bilden var en signal för kommunikation. Detta lyfter författarna fram då de ser att den förmågan kan kopplas till att barn med autism etablerar delad uppmärksamhet mellan ett föremål och en kommunikationspartner och att de genom PECS får stöd i att använda delad uppmärksamhet.

Preston och Carter (2009) har i sin review om forskning på PECS identifierat 27 studier. Dessa studier har inkluderat randomiserade och kontrollerade studier både på grupp och på single subject studies. Underlaget i denna review är artiklar på engelska publicerade 1992–2007. De studier som ingick var forskning där PECS var en del av interventionen, där PECS-metoden användes utifrån Frost och Bondys protokoll<sup>6</sup> och där resultatet redovisades på både gruppnivå och för den enskilda individen. Totalt deltog 456 deltagare (barn och vuxna) i de 27 studierna, av dessa använde 86 % PECS. De fann en skillnad mellan de tidigare studierna som inte hade kontrollgrupper och de studierna som hade gjorts på 2000-talet, de senare hade större andel studier med kontrollgrupper. De flesta studier var single subject studies, fem av studierna hade jämförande grupper. Av jämförelsegrupperna hade några annan intervention i kommunikation, några hade senare träning och några där jämförelsegruppen inte hade någon träning. Resultatet visade preliminär evidens för positiva effekter av att använda PECS som intervention för barn och vuxna med Autism Spectrum Disorders eller andra

---

<sup>6</sup> Frost & Bondys manual för hur PECS metoden skall användas i olika steg vid intervention.

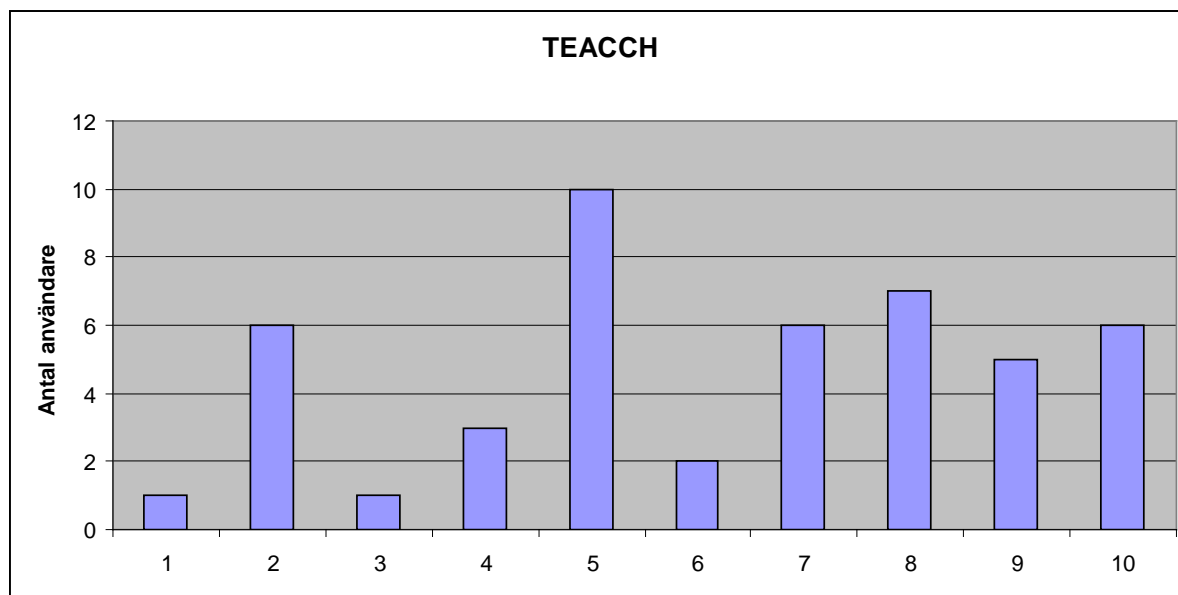
funktionsnedsättningar med påverkan på utvecklingen och inget eller lite tal. De har hittat preliminär evidens för att PECS var ett kommunikationssystem som var lätt att lära för de flesta deltagare i studien. De menar också att PECS är ett sätt att kunna kommunicera för barn och vuxna med inget eller lite funktionellt tal. Det finns begränsad data kring att PECS har positiva effekter på både socialt, kommunikativt och ett utmanande beteende. Däremot är det oklart huruvida PECS påverkar utvecklingen av tal. Författarna uttrycker att PECS är en lovande intervention men att mycket forskning återstår att göra.

Sammanfattningsvis finner vi att det finns en hel del evidens på PECS, men inte i Sverige. Att 77 % av informanterna i vår enkät använde metoden visar på en stor erfarenhetsbaserad kunskap från klinisk erfarenhet om effekter av metoden. Då metoden används i flera världsdelar finns en klinisk erfarenhet från flera olika kulturer.

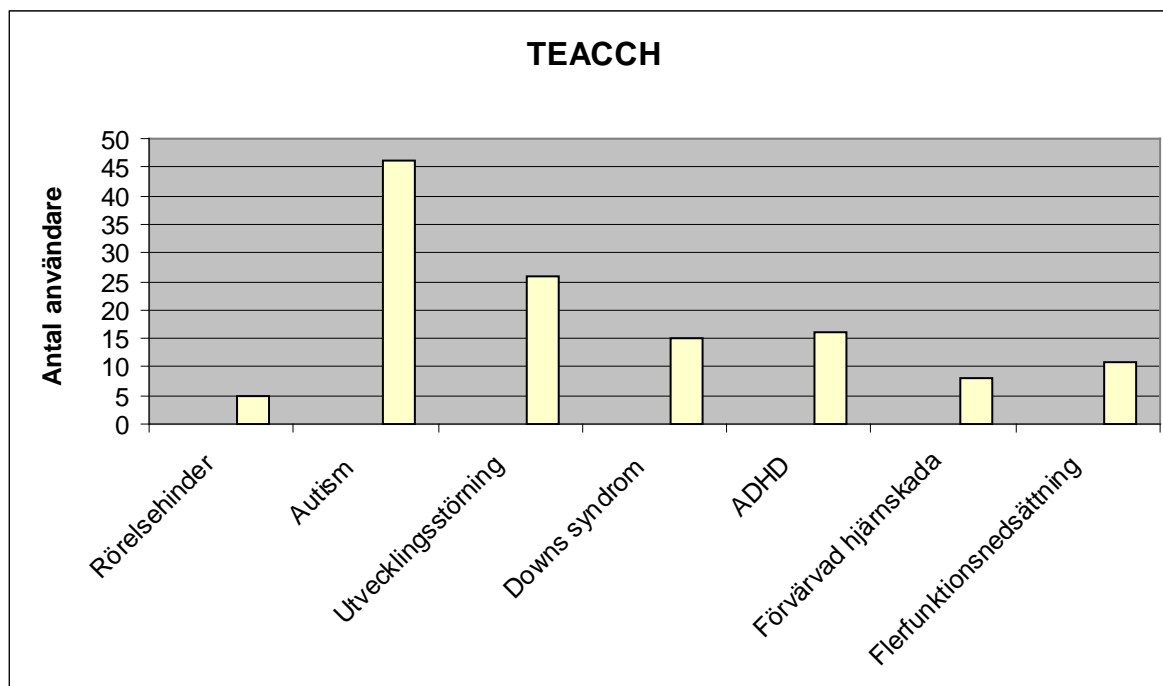
## TEACCH

### (Treatment and Education of Autistic and related Communication handicapped CHildren)

Metoden TEACCH används av 48 informanter, det vill säga 62 %. Metoden används till barn med rörelsehinder, autism, utvecklingsstörning, Downs syndrom, ADHD, förvärvad hjärnskada och flerfunktionsnedsättning. 39 av informanterna använde metoden i medelmåttig till hög omfattning.



Figur 9.1 I vilken omfattning metoden används.



Figur 9.2 Till vilka diagnosgrupper metoden används

De sökord som har använts är TEACCH, autistic children samt TEACCH program. Av träffarna valdes två artiklar, Schultheis m.fl. (2000) och Panerai m.fl. (2009), och en doktorsavhandling, Persson (2003).

Persson (2003) menar i sin avhandling att för att uppnå en generell förbättring av symtomen vid autism och autismspektrumstörning krävs psykologiska och pedagogiska åtgärder. Persson skriver att forskning har visat att det är viktigt med tidiga interventionsinsatser. Avhandlingens syfte är att granska behandlingsforskning under åren 1992–2002 avseende autismspektrumstörning och utvärdera en behandlingsmodell, TEACCH. Granskningen visar att behandlingen vid autism inte är tillräckligt utvärderad och att TEACCH var den enda behandlingsmodellen med en viss evidens. I sin forskning påvisar Persson att TEACCH-programmet visade sig förbättra barnens färdigheter, öka självständighet och indirekt förbättra livskvaliteten. Persson (2003) skriver att TEACCH är ett välfungerande alternativ både för barn och vuxna med autism.

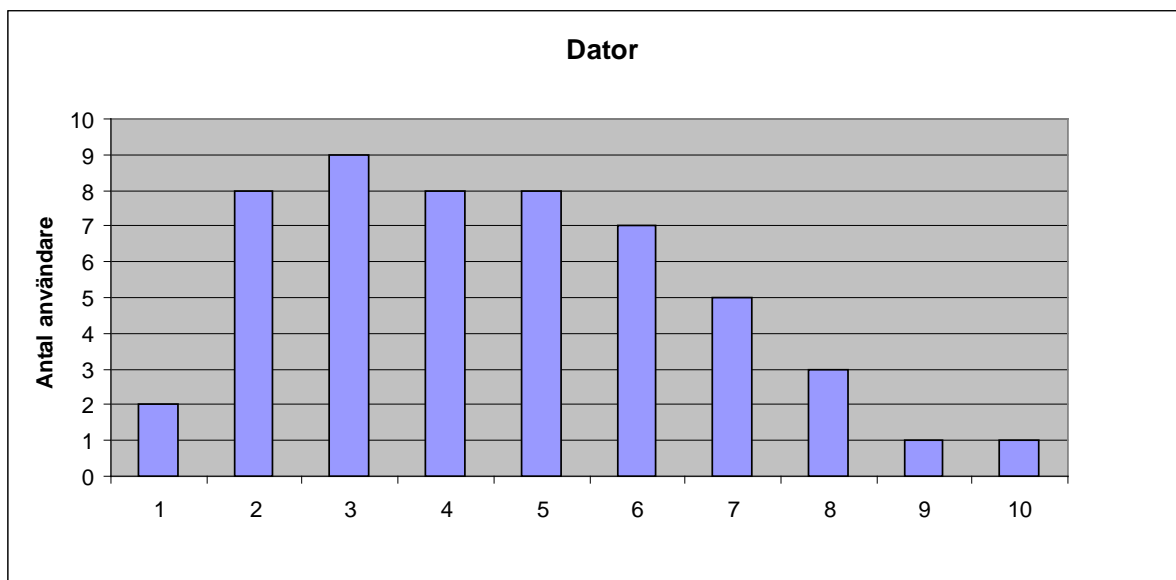
Schultheis m.fl. (2000) beskriver i sin artikel ett aktivitetsprogram SPA (Successful Physical Activity) som bygger på att man använder TEACCH som metod. Meningen med programmet är att utveckla elevernas fysiska välbefinnande samt motoriska förmåga. SPA går ut på att en grupp av elever med autism skall träna tillsammans i grupp med ett färre antal lärare. Träningsrummet anpassas genom att det delas av i mindre enheter med skärmar. Det är gardiner för fönstren för att undvika störande intryck, och det finns "väntastolar" utsatta i rummet för att undvika att eleverna som väntar på sin tur går runt och stör. Det är heller inte tillåtet att komma in och störa under lektionen. Varje elev får ett individuellt schema som är anpassat med bilder, färger samt text över elevens program. Eleven tar med sig sitt schema till de olika aktiviteterna i rummet. Resultatet av studien visar att eleverna utvecklades motoriskt och kunde träna självständigt när eleverna var välbekanta med aktiviteten.

Panerai m.fl. (2009) visar i sin studie effekten av att använda olika inlärningsmetoder för barn med autism och mental retardation. Studien pågick i tre år och innefattade 34 pojkar med autism samt mental retardation. I grupp 1 ingick tretton barn som går på en internatskola där man undervisar enligt TEACCH-metoden. I grupp 2 ingick elva barn som bor hemma och går integrerade i en skola. Skolan arbetar enligt TEACCH-metoden och föräldrarna har fått utbildning i TEACCH-metoden. I grupp 3 ingick tio barn som bodde hemma och gick integrerade i en skola där man inte arbetade efter någon speciell metod. Barnen testades två gånger med PEP-R (Psychoeducational Profile Revised) samt med VABS (Vineland Adaptive Behavior Scale) av psykologer som arbetade på Oasi Maria SS. Enligt studien gav det uppenbara positiva effekter på barnens utveckling enligt PEP-R samt VABS av att använda TEACCH som en inlärningsmetod.

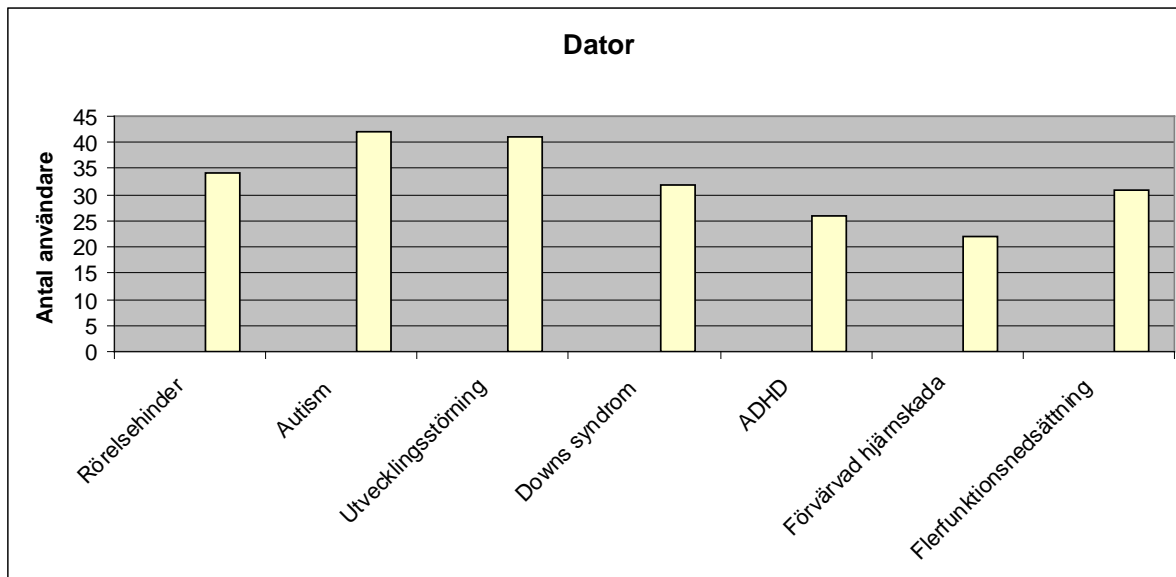
Sammanfattningsvis kan vi säga att 62 % av informanterna använde TEACCH som en metod. Det finns forskning både i Sverige och utomlands. Evidensen visar att TEACCH-programmet visar på positiva effekter för utvecklingen hos barn med autism. Det saknas evidensstudier inom andra diagnosgrupper.

## Dator

Dator används av 55 informanter, det vill säga 80 %. Metoden används till barn med rörelsehinder, autism, utvecklingsstörning, Downs syndrom, ADHD, förvärvad hjärnskada och flerfunktionsnedsättning. Metoden används av 33 av informanterna i medelmåttig till hög omfattning.



Figur 10.1 I vilken omfattning metoden används.



Figur 10.2 Till vilka diagnosgrupper metoden används.

De sökord som har använts är computer, intervention, child, disability och autism. Vi valde att granska en review, Ramdoss m.fl. (2010), och två artiklar, Hopkins m.fl. (2011) och Mc Cartney, Mercier & Mirenda (2010).

Ramdoss m.fl. (2010) har i sin review syftet att analysera studier där interventionen är baserad på datoranvändning. Målguppen för interventionen är barn och ungdomar med Autism Spectrum Disorder och interventionerna skall ha som mål att lära kommunikativa färdigheter.

Studien har tre mål, att värdera evidens på metoden, att informera och guida personal som är intresserade av området och att stimulera och vägleda vidare forskning inom området med mål att förbättra effektiviteten av datorbaserad intervention. De har sökt studier i fyra databaser under och fick totalt 222 träffar, slutligen valdes tio studier. Endast studier gjorda efter 1990 inkluderades. De tio studierna hade 70 deltagare varav 77 % pojkar och 23 % flickor, alla med diagnosen autism. Studierna genomfördes med olika dataprogram, några speciellt utformade för forskningsstudien, i en del studier användes befintlig programvara och i en del studier användes multimedieprogrammen PowerPoint och HyperStudio som bas för att göra program. Några av de framsteg som deltagarna i studien visade var ökat ordförråd, ökad fonologisk medvetenhet, fler initiativ till kommunikation och fler verbala uttryck. Författarna skriver att resultatet av denna review visar att det ännu inte kan rekommenderas som vetenskapligt belagt att använda metoden för barn med Autism Spectrum Disorder för att lära kommunikativa färdigheter. Antalet studier är begränsat och det är förhållandevis få deltagare i studierna. Men de påpekar också att alla studier visade någon framgång av interventionen. Författarna anser att datorbaserad intervention är ett lovande område med behov av fortsatt forskning och att det finns många olika möjligheter inom detta område.

Hopkins m.fl. (2011) utvärderar i sin studie effekten av ett databaserat program FaceSay. Dataprogrammet beskrivs som strukturerat, interaktivt och realistiskt. Programmet är utvecklat för att användas som intervention för att förbättra sociala färdigheter hos barn med ASD. Studien hade 49 deltagare, både barn med högfungerande autism och barn med lågfungerande autism. Kontrollgruppen bestod av 14 barn med samma diagnos. Studien hade två mål, det ena att deltagarna i studien skulle öka sina sociala färdigheter och det andra att de skulle kunna generalisera detta till andra situationer. Deltagarna var sex till femton år, 5 flickor och 44 pojkar. Träningen genomfördes under sex veckor. Barnen i kontrollgruppen tränade vid datorn med ett ritprogram för barn. Barnen testades och observerades före och efter interventionen. Resultat av denna studie visar att barnen med lågfungerande autism förbättrade sina resultat inom två områden – att känna igen känslor och i social interaktion. Barnen med högfungerande autism förbättrade sina resultat inom tre områden: att känna igen ansiktsuttryck, att känna igen känslor och i social interaktion. Studien visade på positivt resultat, barnen förbättrade sina sociala förmågor. Författarna själva påpekar att utvärdering av effekt på lång sikt inte är genomförd.

Mc Cartney m.fl. (2010) har i en explorativ studie studerat effekten av att använda ett skrivprogram med symbolstöd på datorn till personer med Downs syndrom. Författarna beskriver att det har funnits en låg förväntan på att barn och ungdomar med Downs syndrom skall tillägna sig läs och skrivkunighet. Studien sträckte sig över ett till två år. Första året deltog 43 elever med diagnos Downs syndrom. Det var 29 män och 14 kvinnor i åldern sex till arton år. Andra året deltog 17 elever med Downs syndrom i åldern sju till femton år. Studien hade ingen kontrollgrupp. Eleverna var i början av sin läs- och skrivutveckling, de hade ingen erfarenhet av att använda skrivprogram med symbolstöd och hade svårigheter att skriva läsligt för hand. De flesta av eleverna var inkluderade i ordinarie undervisning, några gick i specialklass. Troligaste orsaken till frånfallet av deltagare andra året berodde på svårigheten för skolpersonal att avsätta tid för träningen, detta på grund av ekonomiska nedskärningar i skolan. Elevernas personal fick utbildning i att använda dataprogrammet Clicker 5 (skrivprogram med symbolstöd). Övningarna i programmet anpassades utifrån varje elevs unika behov. Eleven skulle skriva i programmet minst 15 minuter varje dag. Under år ett fick deltagarna i studien varje månad skriva ett test på 10 minuter. Under år två fick deltagarna komplettera skrivtestet med att skriva utifrån förutbestämda övningar. Resultatet i studien tyder på att användandet av skrivprogram med symbolstöd inte påverkade



skrivhastigheten under det första året men däremot under år två. Däremot visades förbättringar år ett på kvaliteten av skrivandet. Denna trend höll i sig under år två men minskade inom vissa delområden. Författarna menar att en förklaring till detta kan vara att deltagarna ökade sin kvantitet av skrivandet och att detta kanske påverkade kvaliteten.

Svårigheter som lyftes fram av personal på skolan var att tiden för förberedelse att göra individuella övningar ibland var begränsad. Detta var ett hinder för att använda skrivprogram med symbolstöd. Skolpersonalens upplevelse av effekten om hur användandet av tekniken påverkade deltagaren akademiskt, socialt och kommunikativt dokumenterades också. Till detta användes en femgradig skala, från ingen effekt alls till exceptionell effekt. Skolpersonalen bedömde att användandet av programmet gav måttlig effekt på studentens akademiska delaktighet. Positiv effekt på kommunikation och socialt samspel påvisades för några av deltagarna men inte för de flesta. Det preliminära resultatet från denna studie tyder på att genom användandet av skrivprogram med symbolstöd på datorn kan skrivhastigheten öka. Det ger också ökade förutsättningar för att praktiskt öva att skriva.

Sammanfattningsvis ser vi att det finns en stor klinisk erfarenhet, 80 % av specialpedagogerna använder dator som metod. Det finns forskning inom området, men det finns ett stort behov av mer forskning. Underlaget i studierna är inte speciellt stort och studierna är riktade mot olika mål. Den forskning vi har funnit har oftast haft fokus på barn inom autism-spektrumområdet.

## Redovisning av svaren på den öppna frågan

Här redovisar vi svaren som vi fick på den öppna frågan. Svaren är indelade i kommentarer om evidens samt kommentarer om metoder.

För att fånga upp de tankar som informanterna hade kring evidens och specialpedagogik inom habiliteringen avslutades enkäten med en öppen fråga:

*”Avslutningsvis vill vi gärna att du delger oss om du har tankar kring specialpedagogens arbete på Barn – och ungdomshabiliteringen och evidens.”* ( bilaga.1)

Synpunkter framfördes av 40 av de 77 informanterna. I enkäten framkom att flera av informanterna var mycket positiva till att undersökningen genomfördes och att fokus riktades på forskning om de metoder som används av specialpedagoger på habiliteringen. Här nedan redovisas en sammanställning av svaren på enkätens avslutande fråga. Svaren kunde delas in i två olika områden, tankar kring evidens och tankar kring metoder.

### Kommentarer om evidens

Intensivinlärning för små barn med autism var den metod som informanterna lyfte fram som en metod som har evidens. En informant påpekade att det oftast finns någon form av evidens på metoder som används men att man kanske inte är tillräckligt påläst, informanten påpekar att medvetenheten om vilken evidens som finns är begränsad. Några informanter skriver att det finns ett stort behov av forskning som kan påvisa effekter av de metoder som används och även påvisa metoder som är verkningslösa eller mindre gångbara/effektiva. En informant uttryckte att ”Det är viktigt att metoder är evidensbaserade så att barnen inte utsätts för träning/behandlingar som inte ger resultat. Barnet förlorar då tid som kunde användas på ett bättre sätt.” En informant beskrev att evidens är ett stöd för att motivera varför habiliteringen väljer en metod.

Flera informanter uttryckte att det saknas evidensbaserade metoder inom området och att det specialpedagogiska området upplevs som svårare att evidensbasera jämfört med de områden som representeras av andra yrkeskategorier i habiliteringen. Svårigheter inom området som lyftes fram av några informanter var att det är svårt med evidens inom pedagogik, en informant menade att ”mäta och värdera lärandeprocesser är inte enkelt, hur mäter man t.ex. samspelsförmåga och nyfikenhet?” En informant kopplade bristen på evidensbaserade metoder till att specialpedagogen har en mer svårdefinierbar roll på habiliteringen. Flera informanter påpekade att det kan vara svårt att evidensbasera metoder som bygger på lek då metoder anpassas för varje enskilt barn och man blandar olika metoder. Två informanter menade att specialpedagoger har färre kartläggningsinstrument och metoder som är evidensbaserade än andra yrkeskategorier och att det känns svårt att få evidens på det arbete som görs. En informant uttryckte att det saknas en sammanställning av pedagogiska metoder och deras evidens.

### Kommentarer om metoder som används av specialpedagoger på habiliteringen

En informant beskrev att specialpedagogen arbetar utifrån en helhetssyn på barnet och dess miljö och därför använder många olika metoder. Flera informanter uttryckte också att deras arbete bygger på beprövad erfarenhet och kompetens. Av informanterna lyfte flera fram

begreppet "Ögonblickets pedagogik", någon beskriver metoden på följande sätt: "Fånga barnets intresse i stunden, läsa av svaga signaler och förstärka dessa - Ögonblickets pedagogik".

Några informanter lyfte fram att basen för val av metoder var att det skall passa det enskilda barnets och familjens behov och förutsättningar och att val av metod bygger på en helhetssyn på barnet och miljön kring barnet. "Det finns ett behov av olika metoder då alla metoder inte passar alla barn/familjer." Det finns också behov av att dessa metoder kan användas på olika sätt. En informant uttryckte det så här: "Svårt att jobba renodlat kring en modell, plockar gärna russinen ur kakan - eftersom allt måste anpassas utifrån individen." Flera av informanterna valde att referera till metod som verktyg eller redskap. "Svårt att veta vad som betecknas som en metod. Jag anser mig arbeta eklektiskt, d.v.s. med influenser från olika teorier, metoder och arbetssätt anpassade till varje barns förutsättningar, dess styrkor och svårigheter." Att det är en fara att fixera sig vid en metod då risken är att metoden blir målet i stället för ett verktyg påpekade en informant, en annan informant skriver att det finns en risk att det "går mode i metoder".

Sammanfattning: Det visade sig att ungefär hälften av informanterna hade någon kommentar på den öppna frågan. Många uttryckte att behovet av forskning kring specialpedagogiska metoder är viktigt och behövs för att inte barnen skall utsättas för onödig behandling. Informanterna uttryckte också att det kan vara svårt att forska kring de specialpedagogiska metoderna eftersom de många gånger används på olika sätt till olika barn. Detta beroende på att barnens behov är unika och det är svårt att finna en metod som är den rätta.

## Metoddiskussion

Vi valde att starta med en enkät till specialpedagogerna inom habilitering. Nackdelen med detta var att det var tidsödande, dels att invänta enkätsvaren, men även att sammanställa. Fördelen är att vi har fått fram information som vi bedömer är intressant. Trots att vi hade god kännedom om de metoder som används i habiliteringen fick vi genom enkäten ny kunskap, vilka av metoderna som är mest förekommande på habiliteringen samt till vilka diagnosgrupper metoden används. Detta anser vi är angeläget att ha vetskap om, då mycket av den forskning vi redovisar i denna studie är utformad så att metoden har studerats med inriktning på barn med en speciell diagnos.

Vi valde att studera nio metoder och att begränsa antalet studier till högst tre inom varje metod. På flera av metoderna var det svårigheter att hitta tre stycken. Fördelen med att välja fler metoder att studera är att det ger en mer övergripande bild av hur forskningsområdet ser ut. Med färre metoder att studera hade det inom vissa områden funnits möjlighet att få djupare kunskap inom varje specifik metod. Ett generellt problem i denna studie är att det har varit svårt att via databaser finna forskning inom området. Sökvägarna har ibland varit långa och det har tagit mycket tid. Inom flera områden fick vi många träffar. Det visade sig att det fanns mycket skrivet om metoderna. Efter en granskning av träffarna visade det sig att de flesta träffarna inte var relevanta för vår studie. En faktor som försvårade sökningen på vissa metoder var att de var närbesläktade, exempel på detta var Bildstöd och Tydliggörande pedagogik.

Att söka evidens och granska vad evidensen står för har bekräftat för oss hur komplext det är att stödja barn och ungdomar med funktionsnedsättning i sin utveckling. Det visade sig att det finns mycket begränsad forskning gjord på effekten av de olika metoderna. En liten del av denna forskning är gjord i Sverige. Många av metoderna används i olika länder vilket ger en stor klinisk erfarenhet utifrån olika kulturella aspekter. Men man kan också fundera på om resultaten går att överföra till svenska förhållanden. Den frågan ställer även Hansen och Rieper (2011) när de diskuterar om slutsatser baserade på amerikanska forskningsresultat går att överföra till Europa. Vi fann i forskning från USA att beteendeproblematik var en stor del av forskningen inom specialpedagogik. Många av studierna undersökte effekten på kort tid. Flera av studierna saknade kontrollgrupper men en förändring verkar komma, vi fann fler studier med kontrollgrupper i de studier som är gjorda de senaste åren, vilket även Gillberg (2011) samt Yoder och Lieberman (2010) har funnit. Utifrån detta drar vi slutsatsen att framtida forskning inom området kommer att inkludera kontrollgrupper.

En annan svårighet vi fann var att det inte utan vidare gick att jämföra olika forskningsresultat. Det visade sig att i studier (t.ex. Schulteis m.fl. 2010 och Panerai m.fl. 2009) omkring samma metod hade forskningen haft olika mål vilket gör jämförelsen problematisk. Inom vissa studier har inte manualerna för metoden använts. Detta innebär ytterligare en försvårande faktor vid jämförelse av resultaten från studierna. En svårighet som också har framkommit är att metoden används i miljöer där forskaren inte deltar (t.ex. Mc Cartney m.fl. 2010). Det kan då vara svårt för forskaren att veta hur mycket tid som lagts på interventionen. Då forskningen har skett i forskningsmiljö kan det vara tveksamt om resultatet från studierna kan generaliseras till andra sammanhang.

## Resultatdiskussion

Intentionen med detta arbete var att lyfta fram den evidens som finns på de metoder som specialpedagogerna använder inom habiliteringen. Detta för att ge stöd till våra kollegor och oss själva i diskussionen kring evidens. Genom att lyfta fram de metoder som är evidensbaserade eller har erfarenhetsbaserad dokumenterad effekt strävar vi efter att kunna möta barnens och familjernas behov på bästa tänkbara sätt. Sjukvården idag driver frågan om evidensbaserade metoder hårt. Inom Barn- och ungdomshabiliteringen diskuteras evidensbaserad vård som den behandling som skall erbjudas till Barn- och ungdomshabiliteringens målgrupp. Vi specialpedagoger befinner oss mitt i denna diskussion bland medicinskt utbildad personal, vår yrkesgrupp har i dag begränsad kunskap om vilken evidens de metoder har som används av specialpedagogerna.

Vi sökte evidens och vad fann vi? Av de nio granskade metoderna saknades relevant forskning på tre av metoderna. På övriga sex metoder var underlaget 17 studier. Av dessa var två avhandlingar, fyra översiktsartiklar och elva primärstudier. Två var från Sverige och övriga från Europa, Indien och USA. Forskningsunderlaget är relativt litet men samtliga studier visade på något positivt resultat vilket tyder på att barnens utveckling får stöd av dessa insatser. Vår tolkning är att det finns viss evidens på de sex metoder där vi fann vetenskapligt underlag men att underlaget är begränsat. I några av översiktstudierna beskrevs positiv effekt av metoden men att underlaget var otillräckligt för att säkerställa vetenskaplig evidens. Däremot svarar underlaget inte på frågan när, var och med vem metoderna skall användas.

Ett annat intressant faktum vi observerade vid sammanställningen av fem studier (Hopkin m.fl. 2011, Mercier m.fl. 2011, Ozdemir. 2008, Panerai m.fl. 2009, Ramdoss m.fl. 2010) var att av 199 deltagare var 164 pojkar och 35 flickor. Frågan är varför det ser så ut och om detta påverkar resultatens generaliserbarhet?

Bohlin (2009) beskriver att specialpedagogerna upplever sig ha svårigheter att föra fram det pedagogiska perspektivet eftersom organisationen finns i sjukvården. Hon menar också att specialpedagogerna behöver bli bättre på att hävda lekens betydelse och att formulera detta i sitt arbete. Den forskning som vi finner inom området lek är framförallt gjord på barn utan funktionsnedsättning. Antalet studier med inriktning på lek och barn med funktionsnedsättning är oerhört begränsat vilket får ses som anmärkningsvärt då lek som tidigare framkommit är viktigt för alla barn och är barnets huvudsakliga sysselsättning före skolåldern.

Inom området specialpedagogik ser vi att forskning inom skolan har prioriterats. Detta trots att man har en stor kunskap om betydelsen av barnets första år och att den tid barnet befinner sig i förskolan är av stor vikt. Den forskning som finns inom skolan rör många gånger begreppet inkludering och inte effekterna av att en specifik metod används. Vår upplevelse är att det inte har funnits något större intresse för forskning som skulle kunna utgöra en bas för specialpedagoger som arbetar på Barn- och ungdomshabilitering. En orsak till detta kan vara att det är en förhållandevis liten grupp som berörs av Barn- och ungdomshabiliteringens verksamhet.

I processen att färdigställa denna studie har vi fått ökad insikt i att det krävs god kunskap och en gedigen erfarenhet för att på bästa sätt kunna stödja barn med funktionsnedsättning till utveckling. Lindberg (2004) beskriver att specialpedagogernas styrka inom habiliteringen är

att de har kunskap om det lilla barnets utveckling kopplat med djup kunskap om olika funktionshinderns konsekvenser för inlärning. Hon menar att specialpedagogerna kan möta barnet på rätt nivå och lotsa barnet vidare i dess utveckling. Lindberg betonar också att forskningen visar att leken är viktig för barns utveckling. Vår erfarenhet säger också att leken är en viktig metod för att hjälpa barn med funktionsnedsättning till utveckling. Trots detta har leken många gånger en underordnad betydelse i samhället, i skolan samt inom sjukvård och habilitering.

Många studier har haft inriktning på forskning kring en intervention riktad till en speciell diagnosgrupp, framförallt autism (t.ex. Filipin m.fl. 2010). Informanternas svar i föreliggande studie visade också att de flesta metoder användes mest frekvent till barn med autism. Diagnosen ger information om vilken grupp barnet tillhör, men inom varje grupp är spridningen stor och varje barn har individuella förutsättningar. Detta gör att resultaten av studien eventuellt inte direkt går att överföra till alla barn i diagnosgruppen. Av informanternas svar i framkom det att 20 av de 21 metoderna användes till alla diagnosgrupper. Detta tolkar vi som att diagnosen bara är en av flera faktorer som påverkar valet av metod, barnets behov styr vilken metod som väljs. Problemet blir då att när vi utgår från forskning som baseras på specifik diagnos går det eventuellt inte att överföra resultaten till en annan diagnosgrupp. Forskning där man relaterar till svårigheter inom ett specifikt område oavsett diagnos är sällsynt

Vår uppfattning är att inom området specialpedagogik finns det minst forskning på metoder för de barn som vi bedömer har de största svårigheterna exempelvis barn med omfattande rörelsehinder och barn med flerfunktionsnedsättning.

Erfarenheten säger oss att specialpedagoger som grupp har andra forskningstraditioner än professioner inom det medicinska området. Detta tror vi har haft betydelse för att forskning kring effektutvärdering inom området är begränsad.

Finns det faktorer som har betydelse för utfallet av en intervention som inte går att mäta genom att utvärdera metodens effekt? Vi upplever att även forskning som inte uppfyller krav på evidens kan ge oss värdefull kunskap. Även om en metod inte har evidens innebär det inte att metoden inte har effekt. Det kan helt enkelt vara så att metoden är lovande men att det vetenskapliga underlaget är begränsat, motsägelsefullt eller obefintligt. Berndtsson och Kroksmark (2008) skriver att det nästan är omöjligt att hitta evidens för att en metod har effekt om forskning på metoden saknas. Att alla barn är unika, både barn med och utan funktionsnedsättning tror vi att de flesta människor är överens om. Med den långa erfarenhet vi har från vårt arbete inom Barn- och ungdomshabiliteringen ser vi också att det inte bara är varje barn som är unikt utan att varje funktionsnedsättning innebär olika möjligheter och svårigheter för varje individ. Barn är alltid en del av sitt sammanhang och detta sammanhang kan se olika ut. Barnets familj och närmiljö har alla olika förutsättningar att använda olika metoder. Vi vet att en metod inte passar alla, detta stämmer väl överens med de kommentarer vi fått från informanterna. Där anger 55 av informanterna att de ofta använder eklektisk metod. En faktor som kan ha betydelse för individen men som oftast inte lyfts studier kring är hur barn/ungdomar och deras familjer själva upplever effekten av en intervention. Interventionen kanske inte leder till att målet nås men kan ha andra positiva effekter för barnet och familjen. Bohlin (2007) uttrycker att "Behandling är inte intressant enbart som en väg till förbättrade motoriska eller kognitiva prestationer utan bör ses i ett helhetsperspektiv: man får ett bättre sätt att hantera livet." (s. 259). Endast en av de 17 granskade studierna studerade barnets egen upplevelse av en intervention.

Vår uppfattning är också att det finns en erfarenhetsbaserad så kallad "tyst kunskap" hos specialpedagogerna, en klinisk erfarenhet som inte är dokumenterad och då inte kan utvärderas. Några av informanterna berör detta i sina kommentarer i enkäten, när de beskriver "Ögonblickets pedagogik" att agera utifrån helhetssyn, situation och individ. I styrdokumentet för Västra Götalandsregionens verksamheter i förvaltningen Habilitering & Hälsa (2010) skrivs att målet med verksamheten är att skapa förutsättningar för varje person att kunna leva ett gott liv och kunna få full delaktighet i samhället. Detta anser vi även är andemeningen i FN:s konvention för mänskliga rättigheter (2006). Det ställer krav på oss som arbetar inom Barn- och ungdomshabiliteringen att hitta de bästa metoderna för varje barn så att barnet har en möjlighet att utvecklas på bästa sätt. För att kunna erbjuda detta anser vi att behovet av forskning kring vilka metoder som används till barnen och ungdomarna är stort. Barn och ungdomar med funktionsnedsättning skall inte utsättas för eller behöva lägga tid på träning som inte ger resultat.

Att utvärdera effekten av olika metoder är komplext och det finns många perspektiv på evidens. Vi anser därför att både kvalitativ forskning och kvantitativ forskning kan komplettera varandra genom att de ger olika kunskap. Vissa forskningsfrågor kan kanske inte besvaras genom att använda den ena eller den andra metoden. Att kombinera olika metoder kring en forskningsfråga så kallad "integrerad design" kan då ge en bredare kunskap. Även Berndtsson och Kroksmark (2008) menar att vid sökandet av evidens inom området bör underlaget bestå av både kvantitativa studier och kvalitativa studier.

Sammanfattningsvis tolkar vi att trots de svårigheter vi lyfter kring metoder och evidens ser vi att mycket av forskningen indikerar positiva tendenser, att viss evidens finns och att tidiga insatser har betydelse. Vi ser också att den kliniska erfarenheten är stor, flera av metoderna används i många länder. Målet med denna studie har varit att söka evidens men denna studie har också identifierat kunskapsluckor inom området. För att komma närmare målet med att finna evidens till de metoder som specialpedagogerna använder på Barn- och ungdomshabiliteringen tror vi att en viktig aspekt är att forskning där det är lämpligt är transdisciplinär, sker i samverkan mellan samhälle och forskning. Inom ramen av detta arbete kan vi naturligtvis inte kartlägga samtliga faktorer som påverkar området evidens och specialpedagogisk forskning. Men vi anser att vi funnit belägg för att det finns ett stort behov av evidensforskning på metoder som används av specialpedagogerna på Barn- och ungdomshabiliteringen.

Vi hoppas att denna studie kan inspirera specialpedagoger inom Barn- och ungdomshabilitering att reflektera kring sitt arbete, systematiskt dokumentera metoder och arbetssätt, utvärdera effekt, samt utbyta erfarenheter och därigenom bidra till en ökad kunskap inom sin profession.

## **Förslag på framtida forskning**

Fortsatt forskning på olika metoder och att den forskningen skall ske på barn inom olika diagnosgrupper och där även effekten mäts på lång sikt. Forskning kring barns och ungdomars egna upplevelse av effekten av en metod. Varför specialpedagogen väljer att använda eklektisk metod och hur olika metoder kombineras.



## Referenslista

- Ahlberg, A. (2007). Specialpedagogik av igår, idag och imorgon. *Pedagogisk forskning i Sverige*, 12 nr 2 s. 257-268.
- Aldemar, I., Andersson, R., Berlin, A-C., Karlsson, G., Lannemar-Rönnlöf, M. & Pilups, A. (1998). *Ole Dole Data - en handledning för mötet mellan barnet och datorn*, Vällingby: Handikappinstitutet.
- Alvesson, M. & Sköldberg, K. (1994). *Tolkning och reflektion*. Lund: Studentlitteratur.
- Andersson, B. (2000). *Bygga upp ett erfarenhetsbibliotek genom sociala berättelser och seriesamtal: Ett pedagogiskt arbetsätt för barn/elever/personer med neuropsykiatriska problem som autism, Aspergers syndrom, Tourettes syndrom, DAMP, AD/HD*. Ängelholm: Specialpedagog Birgitta Andersson AB.
- Autismforum, Stockholms läns landstings informationssida. Hämtat, 2010-12-07, från <http://www.autismforum.se>
- Ayres, J. (1983). *Sinnenas samspel hos barn*. Stockholm: Psykologiförlaget.
- Bell, J. (1995). *Introduktion till forskningsmetodik*. Lund: Studentlitteratur.
- Berndtsson, I. & Kroksmark, U. (2008). *Kunskapsutveckling inom synområdet*. Vällingby: Hjälpmedelsinstitutet.
- Bille, B. & Olow, I. (1999). *Barnhabilitering vid rörelsehinder och andra betingade funktionshinder*. Stockholm: Liber.
- Birkestad, G. (1999). *Beröring i vård och omsorg*. Solna: Ofeigur Förlag.
- Björck-Åkesson, E. & Nilholm, C. (2007). *Reflektioner kring specialpedagogik - sex professorer om forskningsområdet och forskningsfronterna*. Bromma: Vetenskapsrådet.
- Blid, E. & Lindberg, M. (2004) *Lekotek - från ide´ till verklighet*. Stockholm: Föreningen för special-pedagoger inom habilitering och lekotek (FSHL).
- Blomgren, A., Brevik, R., Eberhart, B., Forsberg, J., Nilsson, L., Nolemo, M. & Thunberg, G. (red.). (2011). *Tidiga kommunikations- och språkinsatser till förskolebarn inom barnhabilitering*. Föreningen Sveriges Habiliteringschefer.
- Bohlin, I (Red.). & Sager, M. (Red.) (2011). *Evidensen många ansikten*. Arkiv förlag: Lund.
- Bohlin, U. (2007) *Konduktiv pedagogik – mellan evidens och existens?*. Socialvetenskaplig tidskrift, nr 4, 2007 Förbundet för social forskning: Umeå

- Bohlin, U. (2008). *Habilitering i fokus: En människobehandlande organisation och dess utmaningar*. Doktorsavhandling, Lunds Universitet, Socialhögskolan.
- Bondy, A. & Frost, L. (2002). *The Picture Exchange Communication System*, Pyramid Educational Products, United States.
- Brodin, J. (1991). *Att tolka barns signaler: Gravyt utvecklingsstörda flerhandikappades barns lek och kommunikation*. Doktorsavhandling. Stockholms Universitet, Pedagogiska institutionen.
- Brodin, J. (2004). Diversity of aspects on play in children with profound multiple disabilities. *Early Child Development and Care*, Vol. 175, No 7&8 November 2005. Stockholm institute of Education
- Brodin, J. & Lindstrand, P. (2007). *Perspektiv på IKT och lärande för barn ungdomar och vuxna med funktionshinder*. Stockholm: Studentlitteratur.
- Carol Gray center. (2011). Hämtad 2011-01-11, från <http://www.thegraycenter.org>.
- Clarke, M., MC Conachie, H., Price, K. & Wood, P. (2000). Views of young people using augmentative and alternative communication systems. *INT. J. LANG. COMM. DIS.*, 2002 vol 36. No 1, 107-115.
- CODEX. Hämtad 2011-02-17, från <http://www.vetenskapsradet.se>
- DePoy, E& Gitlin, L.N. (1999) *Forskning – en introduktion*. Studentlitteratur: Lund
- Dutta, R. & Mehta, M. (2006). *Child-Centered Play Therapy in Management of Somatoform Disorders*. *J. Indian Assoc. Child Adolesc. Mental Health*; 2 Indien.
- Edgren, H. (2004). *FMT-metoder i särskolan*. Uppsala: Musikterapiinstitutet. Uppsala.
- Edin, U., Smyth, C.& Lason, M. (2004). *Nätverksbaserad målinriktad intensiv träning NIT*. Skåne: Habilitering & Hälsa.
- Eljertsson, G. (2005). *Enkäten i praktiken*. Studentlitteratur: Lund.
- Emanuelsson, I., Persson, B. & Rosenqvist, J. (2001). *Forskning inom det specialpedagogiska området*. Stockholm: Skolverket.
- Falkmer, M. (2009). Inkluderande strategier för elever med Aspergers syndrom och andra autismspektrumtillstånd i grundskolan. *Särtryck ur skolverkets rapport 334* 2009. Skolan och Aspergers syndrom - erfarenhet från skolpersonal och forskare. Hämtad 2010-02-26, från <http://www.autism.se/content1.asp?nodeid=46350>
- Fernell, E. & Gillberg, C. (2007). *Spektrum av störningar kräver utredningsteam med bredd*. Hämtad 2011-02-26 från <http://www.lakartidningen.se/engine.php?articleId=6441>

- Flippin, M., Reszka, S. & Watson, L. R. (2010). Effectiveness of the Picture Exchange Communication System (PECS) on communication and speech for children with autism spectrum disorders: A meta-analysis. *American Journal of Speech-Language Pathology*, 19, 178-195. Doi: 10.1044/1058-0360(2010/09-0022).
- Fisher, K. & Haufe, T. (2009). *Developing social skills in children who have disabilities through the use of social stories and visual supports*. Illinois: Saint Xavier University Chicago.
- Foss Hansen, H. & Rieper, O. (2011) Evidenspolitik – fallet Danmark. Bohlin, I (Red.). & Sager, M. (Red.). *Evidensen många ansikten*. Arkiv förlag: Lund.
- Föreningen Sveriges Habiliteringschefer. Hämtad 2010-10-11, från <http://www.habiliteringschefer.se>
- Föreningen Sveriges Habiliteringschefer. (2006). *Policy för habilitering i Sverige*. Hämtad 2010-10-11, från <http://www.habiliteringschefer.se/policy.html>.
- Gillberg, C. (2011-05-03). Föreläsning, Aktuell forskning och kunskap kring små barn med autism avseende diagnos, utveckling av symtom, beteendeproblem och behandling. Göteborg
- Gray, C. (1994). *Comic strip conversations* Arlington, TX Future Horizons. USA. Hämtad 2010-10-10, från <http://www.thegraycenter.org>.
- Habilitering & Hälsa. (2010) *Styrdokument för Västra Götalandsregionens verksamheter inom Habilitering & Hälsa*. Hämtad 2011-01 -11 från <http://hoh.vgregion.se/upload/hoh/ledning/styrdok-hoh/Styrdokument-for-VGRs-verksamheter-inom-hoh-hoh-100202.pdf>
- Harvard, Å. (Red.), Jensen, M., Welén, T., Gärdefors, P. & Berg, L-E. (2009). *Leka för att lära - utveckling, kognition och kul tur*. Lund: Studentlitteratur.
- Heister, Trygg. B. (1998) *Alternativ och kompletterande kommunikation*. Malmö: Handikappinstitutet.
- Hjärnskadeförbundet Hjärnkraft Hämtad 2010-09-12, från <http://www.hjarnkraft.nu>.
- Hopkin, I., Gower, M., Perez. T., Smith, D., Amthor, F., Wimsatt, C. & Biasini, F. (2011) Avatar Assistant: Improving Social Skills in Students with an ASD through a Computer-Based Intervention, *Journal of Autism and Developmental Disorders*. Feb 2. USA
- Häggglund, K. (1989). *Lek-teorier*. Arlöv: ESSELTE STUDIUM.
- Johansson, I. (1988). *Språkutveckling hos handikappade barn 1*. Lund: Studentlitteratur.
- Johansson, I. (1990). *Språkutveckling hos handikappade barn 2*. Lund: Studentlitteratur.
- Johannson, I. (1996). *Språkutveckling hos handikappade barn 3*. Lund: Studentlitteratur.

- Knutsdotter-Olofsson, B. (1987). *I lekens värld*. Stockholm: Liber.
- Kokina, A. & Kern, L. (2010). *Social Story Interventions for Students with Autism Spectrum Disorders: A Meta-Analysis*. USA: Leigh University; Betlehem.
- Landstinget i Uppsala län. *Infoteket*. Hämtad 2010-11-02, från <http://www.lul.se>.
- Lawrence, M. & Lindelius, B. (2009) *Nationella indikatorer för god vård*. Stockholm: Socialstyrelsen.
- Lindahl, U. (2008) *Intensivlinlärning på beteendeterapeutisk grund, Redovisning av implementering av intensiva insatser för små barn med autism i Handikappförvaltningen Utvecklingsprojekt 2005 – 2008*. Hämtad 2010-09-15, från <http://www.vgregion.se/sv/Habilitering-och-halsa/Om-oss/Forskning-och-utveckling-FoU/Utvecklingsprojekt/Intensivlinlarning-pa-beteendeterapeutisk-grund/>.
- Mc Cartney, J., Mercier, D. & Mirenda, P. (2010) Using symbol supported writing software with student with Downs Syndrome: *An exploratory study*. *Journal of Special Education Technology*, 25, 1-12. USA.
- Mesibov, G., Shea, V. & Schopler, E. (2007). *TEACCH vid autismspektrumstörning hos barn och vuxna*. Stockholm: Studentlitteratur.
- Nationalencyklopedin. Hämtad 2010-01-13, från <http://www.nationalencyklopedin.se>.
- Nedestam, B. & Sjösvärd, M. (1993). *Sinnenas Gym*. Göteborg: Graphic Systems AB.
- Nielssen, L. (1995). *Grip och du kan begripa*. Stockholm: Specialpedagogiska skolmyndigheten.
- Nilholm, C., Björck-Åkesson, E., Fischbein, S., Rosenqvist, J., Person, B. & Ahlberg, A. (2007) *Reflektioner kring specialpedagogik - sex professorer om forskningsområdet och forskningsfronterna*. Bromma: Vetenskapsrådets rapportserie 5:2007.
- Nilholm, C. (2007). Forskningen om specialpedagogik. Landvinningar och utvecklingsvägar. Göteborg: *Pedagogisk forskning i Sverige*, Årgång 12, Nr 2, s. 96-108.
- Nyberg, R. (2010). *Skriv vetenskapliga uppsatser och avhandlingar*. Lund: Studentlitteratur AB.
- Ozdemir, S. (2008). Using multimedia social stories to increase appropriate social engagement in young children with autism. *The Turkish online journal of Education Technology*. Volume 7, Issue 7, Article 9.

- Panerai, S., Zingale, M., Trubia, G., Finocchiaro, M., Zuccarello, R., Ferri, R. & Elia, M. (2009). Special Education Versus Inclusive Education: The Role of the TEACCH program. *Springer Science-Business Media, LL 2009. Italien.*
- Persson, B. (2003). *Treatment Evaluation and Screening of Autism*. Department of Psychology. Lunds Universitet. FoU-Centrum, Landstinget Kronoberg. Växjö.
- Pirilä, S., Nieminen, P., Seppänen., R-L. & Korpela, R. (1996). The play of Disabled Children in Early Development. *Childhood Educations, International Perspectives*. PS 024 960. Finland.
- Preston, D. & Carter, M. (2009) A Review of the Efficacy of the Picture Exchange Communication System Intervention. *Journal of Autism Developmental Disorders* (2009) 39:1471–1486.
- Program för tredje Nordiska konferensen gällande Cerebral Pares*  
(1960 -09-30 – 1960-10-02) Göteborg.
- Ramdoss, L., Lang, R., Mulloy, A., Franco, J., O Reilly, M., Didden, R. & Lancioni, G. (2010).  
Use of Computer-Based Interventions to Teach Communication Skills to Children with Autism Spectrum Disorders: A Systematic Review *Journal of Behavioral Education*, Volume 20, Number 1. Springer, Nederländerna.
- Regeringskansliet. (2006). *FN:s konvention för mänskliga rättigheter*. Stockholm: Justitiedepartementet och Utrikesdepartementet.
- Regeringskansliet. (2008). *FN:s konvention om rättigheter för personer med funktionsnedsättning*. Hämtad 2010-11-01, från <http://www.regeringskansliet.se>
- Regeringskansliet. (2006). *Konventionen om barnens rättigheter*. Stockholm: Nordstedts tryckeri.
- SBU. Kunskapscentrum för Hälso- och sjukvård Hämtad 2010-02-12, från <http://www.sbu.se>
- Schultheis, S.F., Boswell, B.B. & Decker, J. (2000). Successful Physical Activity Programming for students with Autism. *Focus on autism and other developmental disabilities*. Volume 15, number 3.
- SFS 1982:763 *Hälso- och sjukvårdslagen*. Stockholm: Socialdepartementet.
- Skolverket. (1998) *Läroplan för förskolan – Lpfö 98*. Stockholm. Fritzes.
- Socialstyrelsen. 2003/2003-4-1. *ICF. Klassifikation av Funktionstillstånd, Funktionshinder och Hälsa*. Hämtad 2010-11-07, från <http://www.socialstyrelsen.se/publikationer>
- SOU (2003:15). *Läromedel specifikt*. Hämtad 2011-01-04, från <http://www.sweden.gov.se/sb/d108/a/1029>

- SOSF 2007:10, *Samordning av insatser för habilitering och rehabilitering*, Stockholm: Regeringskansliet.
- SOU 2008:18 *Evidensbaserad praktik inom socialtjänsten - till nytta för brukaren*. Stockholm: Regeringskansliet.
- Socialstyrelsen (2009) *Barn- och ungdomshabiliteringens metoder för att förebygga psykisk ohälsa - en nationell inventering*. Stockholm: 2009-126-176.
- SOU 2010:25 *Socialstyrelsens nyhetsbrev, Klassificering och koder, nr 25*, Stockholm: Regeringskansliet.
- Socialstyrelsen 2010-4-26 *ICF-CY. Internationell klassifikation av funktionstillstånd, funktionshinder och hälsa: barn- och ungdomsversion (ICF-CY)*. Hämtad 2011-01-11 från <http://www.socialstyrelsen.se/publikationer>.
- Socialstyrelsens termbank*. Hämtad 2010-05-12, från <http://app.socialstyrelsen.se/termbank>.
- Statistiska centralbyrån. Hämtad 2010-12-11, från <http://www.scb.se/befolkningsstatistik>.
- Stockholms habilitering. Hämtad 2011-03-11, från <http://www.habilitering.nu>.
- Stockholms läns landstings vårdguide och informationssida. Hämtad 2010-11-12, från <http://www.vardguiden.se>
- Stukát, S. (2009). *Att skriva examensarbete inom utbildningsvetenskap*. Lund: Studentlitteratur.
- Sundell, K.& Stensson, E. (2010). *Effektutvärderingar i doktorsavhandlingar*. Stockholm: Socialstyrelsen.
- Svenska akademins ordlista* Hämtad 2010-12-15, från. <Http://www.saol.se>.
- Svenska Martemeo föreningen* Hämtad 2010-10-11, från <http://www.martemeoforeningen.se>.
- Thernlund, Gunilla. (2010). SBU Föreläsning På Datateksföreningens fortbildningsdagar i Göteborg 2010-04-22
- Trost, J. (2007). *Enkätboken*. Lund: Studentlitteratur.
- Udell, K. & Stensson, E. (2010). *Effektutvärderingar i doktorsavhandlingar*.
- UNC School of Medicine. Hämtad 2010-11-07, från <http://www.med.unc.edu>.
- Uppsala läns informationssida om funktionshinder* Hämtad 2010-11-12, från <http://www.lul.se>.
- Uppsatser.se. Hämtad 2010-05-12 från <http://uppsatser.se>
- Utbildningsdepartementet. Lpfö (1998). *Läroplan för förskolan*. Stockholm: Fritzes.

- Wermeling, H. (2005). Habilitering i utveckling. Stockholms läns landsting. Hämtad 2010-12-11, från [http://www.webbhotell.sll.se/PageFiles/3126/FR\\_Habilitering.pdf](http://www.webbhotell.sll.se/PageFiles/3126/FR_Habilitering.pdf).
- Västra Götalandsregionen, Kommunfullmäktige (2010) *Styrdokument för Västra Götalandsregionens verksamhet inom Habilitering & Hälsa*. Hämtad 2011-02-11, från <http://www.vgregion.se/Styrdokument/>
- Yoder, P. & Lieberman, R. (2010). Randomized Test of the Efficacy of Picture Exchange Communication System on Highly Generalized Picture Exchanges in children with ASD. *Journal of autism and Development Disorders* 40:629-632
- Vetenskapsrådet. (1991) *Forskningsetiska principer inom humanistisk-samhällsvetenskaplig forskning*. Stockholm: Vetenskapsrådet.
- Åman, K. (2006). *Ögonblickets pedagogik. Yrkesgrupper i samtal om specialpedagogisk kompetens vid barn- och ungdomshabiliteringen*. Stockholm: Mälardalens Högskola.
- Ödman, P.-J. (2007). *Tolkning, förståelse, vetande. Hermeneutik i teori och praktik*. Stockholm: Nordstedts akademiska förlag.

# Bilaga 1

Innan du fyller i enkäten vill vi att du besvarar följande frågor:

## 1. Vilken utbildning har du?

Specialpedagog ja ☐ nej ☐

Pedagogisk grundutbildning ja ☐ nej ☐

Annan utbildning, vilken \_\_\_\_\_

## 2. Vilken åldersgrupp arbetar du med?

0-12 år ☐

0-16 år ☐

0-18 år ☐

Annan \_\_\_\_\_

## 3. Vilka diagnoser tillhör målgruppen på den habilitering du arbetar?

Rörelsehinder ☐

Autism/autismliknande tillstånd ☐

Utvecklingstörning ☐

Downs Syndrom ☐

ADHD ☐

Förvärvad hjärnskada ☐

Flerfunktionsnedsättning ☐

Om annan funktionsnedsättning, vilken eller vilka:

---

---

## 4. Hur många specialpedagoger arbetar på din arbetsplats? \_\_\_\_\_

**Metoder som du använder i ditt arbete som specialpedagog på Barn- och ungdomshabiliteringen.**

Om svaret är nej på första frågan går du vidare till nästa fråga. Detta gäller samtliga frågor.

### 1. Metod: Lek

ja ☐

nej ☐

För speciell målgrupp, barn och ungdomar med: (det går bra att kryssa i flera rutor)

Rörelsehinder ☐

Autism/ autismliknande tillstånd ☐

Utvecklingstörning ☐

Downs Syndrom ☐

ADHD ☐

Förvärvad hjärnskada ☐

Flerfunktionsnedsättning ☐

Om annan funktionsnedsättning, vilken eller vilka:



---

---

I vilken omfattning använder du metoden?

1\_\_\_\_2\_\_\_\_3\_\_\_\_4\_\_\_\_5\_\_\_\_6\_\_\_\_7\_\_\_\_8\_\_\_\_9\_\_\_\_10

I låg grad

I hög grad

## 2. Metod: Intensivträning (baserad på tillämpad beteendeanalys)

ja ☐

nej ☐

För speciell målgrupp, barn och ungdomar med:

Rörelsehinder

☐

Autism/autismliknande tillstånd

☐

Utvecklingstörning

☐

Downs Syndrom

☐

ADHD

☐

Förvärvad hjärnskada

☐

Flerfunktionsnedsättning

☐

Om annan funktionsnedsättning, vilken eller vilka:

---

---

I vilken omfattning använder du metoden?

1\_\_\_\_2\_\_\_\_3\_\_\_\_4\_\_\_\_5\_\_\_\_6\_\_\_\_7\_\_\_\_8\_\_\_\_9\_\_\_\_10

I låg grad

I hög grad

## 3. Metod: Intensivinlärning (inte baserad på tillämpad beteendeanalys)

ja ☐

nej ☐

För speciell målgrupp, barn och ungdomar med:

Rörelsehinder

☐

Autism/autismliknande tillstånd

☐

Utvecklingstörning

☐

Downs Syndrom

☐

ADHD

☐

Förvärvad hjärnskada

☐

Flerfunktionsnedsättning

☐

Om annan funktionsnedsättning, vilken eller vilka:

---

---

I vilken omfattning använder du metoden?

1\_\_\_\_2\_\_\_\_3\_\_\_\_4\_\_\_\_5\_\_\_\_6\_\_\_\_7\_\_\_\_8\_\_\_\_9\_\_\_\_10

I låg grad

I hög grad

#### 4. Metod: Taktil massage

ja ☐

nej ☐

För speciell målgrupp, barn och ungdomar med:

Rörelsehinder ☐

Autism// autismsliknande tillstånd ☐

Utvecklingstörning ☐

Downs Syndrom ☐

ADHD ☐

Förvärvad hjärnskada ☐

Flerfunktionsnedsättning ☐

Om annan funktionsnedsättning, vilken eller vilka:

---

---

I vilken omfattning använder du metoden?

1\_\_\_\_ 2\_\_\_\_ 3\_\_\_\_ 4\_\_\_\_ 5\_\_\_\_ 6\_\_\_\_ 7\_\_\_\_ 8\_\_\_\_ 9\_\_\_\_ 10  
Ite alls I hög grad

#### 5. Metod: Lilli Nielsen

ja ☐

nej ☐

För speciell målgrupp, barn och ungdomar med:

Rörelsehinder ☐

Autism/autismsliknande tillstånd ☐

Utvecklingstörning ☐

Downs Syndrom ☐

ADHD ☐

Förvärvad hjärnskada ☐

Flerfunktionsnedsättning ☐

Om annan funktionsnedsättning, vilken eller vilka:

---

---

I vilken omfattning använder du metoden:

1\_\_\_\_ 2\_\_\_\_ 3\_\_\_\_ 4\_\_\_\_ 5\_\_\_\_ 6\_\_\_\_ 7\_\_\_\_ 8\_\_\_\_ 9\_\_\_\_ 10  
I låg grad I hög grad

#### 6. Metod: TEACCH

ja ☐

nej ☐

För speciell målgrupp, barn och ungdomar med:

Rörelsehinder ☐

Autism/autismsliknande tillstånd ☐

Utvecklingstörning ☐  
Downs Syndrom ☐  
ADHD ☐  
Förvärvad hjärnskada ☐  
Flerfunktionsnedsättning ☐  
Om annan funktionsnedsättning, vilken eller vilka:

---

---

I vilken omfattning använder du metoden?

1\_\_\_\_2\_\_\_\_3\_\_\_\_4\_\_\_\_5\_\_\_\_6\_\_\_\_7\_\_\_\_8\_\_\_\_9\_\_\_\_10

I låg grad

I hög grad

**7. Metod: Tydliggörande pedagogik (metoder och redskap som kan ge stöd i, när något skall hända, hur länge, var och hur det går till.)**

ja ☐

nej ☐

För speciell målgrupp, barn och ungdomar med:

Rörelsehinder ☐

Autism/autismliknande tillstånd ☐

Utvecklingstörning ☐

Downs Syndrom ☐

ADHD ☐

Förvärvad hjärnskada ☐

Flerfunktionsnedsättning ☐

Om annan funktionsnedsättning, vilken eller vilka:

---

---

I vilken omfattning använder du metoden?

1\_\_\_\_2\_\_\_\_3\_\_\_\_4\_\_\_\_5\_\_\_\_6\_\_\_\_7\_\_\_\_8\_\_\_\_9\_\_\_\_10

I låg grad

I hög grad

**8. Metod: Sensory Integration**

ja ☐

nej ☐

För speciell målgrupp, barn och ungdomar med:

Rörelsehinder ☐

Autism/autismliknande tillstånd ☐

Utvecklingstörning ☐

Downs Syndrom ☐

ADHD ☐

Förvärvad hjärnskada ☐

Flerfunktionsnedsättning ☐

Om annan funktionsnedsättning, vilken eller vilka:

---

---

I vilken omfattning använder du metoden?

1\_\_\_\_2\_\_\_\_3\_\_\_\_4\_\_\_\_5\_\_\_\_6\_\_\_\_7\_\_\_\_8\_\_\_\_9\_\_\_\_10

I låg grad

I hög grad

### 9. Metod: Karlstadmodellen

ja ☐

nej ☐

För speciell målgrupp, barn och ungdomar med:

Rörelsehinder ☐

Autism/autismliknande tillstånd ☐

Utvecklingstörning ☐

Downs Syndrom ☐

ADHD ☐

Förvärvad hjärnskada ☐

Flerfunktionsnedsättning ☐

Om annan funktionsnedsättning, vilken eller vilka:

---

---

I vilken omfattning använder du metoden?

1\_\_\_\_2\_\_\_\_3\_\_\_\_4\_\_\_\_5\_\_\_\_6\_\_\_\_7\_\_\_\_8\_\_\_\_9\_\_\_\_10

I låg grad

I hög grad

### 10. Metod: Eklektisk metod (blandning av olika metoder)

ja ☐

nej ☐

För speciell målgrupp, barn och ungdomar med:

Rörelsehinder ☐

Autism/autismliknande tillstånd ☐

Utvecklingstörning ☐

Downs Syndrom ☐

ADHD ☐

Förvärvad hjärnskada ☐

Flerfunktionsnedsättning ☐

Om annan funktionsnedsättning, vilken eller vilka:

---

---

I vilken omfattning använder du metoden?

1\_\_\_\_2\_\_\_\_3\_\_\_\_4\_\_\_\_5\_\_\_\_6\_\_\_\_7\_\_\_\_8\_\_\_\_9\_\_\_\_10

I låg grad

I hög grad

### 11. Metod: Snoezelen

Ja ☐

nej ☐

För speciell målgrupp, barn och ungdomar med:

Rörelsehinder ☐

Autism/autismliknande tillstånd ☐

Utvecklingstörning ☐

Downs Syndrom ☐

ADHD ☐

Förvärvad hjärnskada ☐

Flerfunktionsnedsättning ☐

Om annan funktionsnedsättning, vilken eller vilka:

---

---

I vilken omfattning använder du metoden?

1\_\_\_\_ 2\_\_\_\_ 3\_\_\_\_ 4\_\_\_\_ 5\_\_\_\_ 6\_\_\_\_ 7\_\_\_\_ 8\_\_\_\_ 9\_\_\_\_ 10

I låg grad

I hög grad

### 12. Metod: PECS

Ja ☐

nej ☐

För speciell målgrupp, barn och ungdomar med:

Rörelsehinder ☐

Autism/autismliknande tillstånd ☐

Utvecklingstörning ☐

Downs Syndrom ☐

ADHD ☐

Förvärvad hjärnskada ☐

Flerfunktionsnedsättning ☐

Om annan funktionsnedsättning, vilken eller vilka:

---

---

I vilken omfattning använder du metoden?

1\_\_\_\_ 2\_\_\_\_ 3\_\_\_\_ 4\_\_\_\_ 5\_\_\_\_ 6\_\_\_\_ 7\_\_\_\_ 8\_\_\_\_ 9\_\_\_\_ 10

Inte låg grad

I hög grad

### 13. Metod: Seriesamtal

Ja ☐

nej ☐

För speciell målgrupp, barn och ungdomar med:

Rörelsehinder ☐  
 Autism/autismliknande tillstånd ☐  
 Utvecklingstörning ☐  
 Downs Syndrom ☐  
 ADHD ☐  
 Förvärvad hjärnskada ☐  
 Flerfunktionsnedsättning ☐  
 Om annan funktionsnedsättning, vilken eller vilka:

---



---

I vilken omfattning använder du metoden?

1 \_\_\_\_\_ 2 \_\_\_\_\_ 3 \_\_\_\_\_ 4 \_\_\_\_\_ 5 \_\_\_\_\_ 6 \_\_\_\_\_ 7 \_\_\_\_\_ 8 \_\_\_\_\_ 9 \_\_\_\_\_ 10  
 I låg grad I hög grad

#### 14. Metod: Bildstöd

Ja ☐ nej ☐

För speciell målgrupp, barn och ungdomar med:

Rörelsehinder ☐  
 Autism/autismliknande tillstånd ☐  
 Utvecklingstörning ☐  
 Downs Syndrom ☐  
 ADHD ☐  
 Förvärvad hjärnskada ☐  
 Flerfunktionsnedsättning ☐

Om annan funktionsnedsättning, vilken eller vilka:

---



---

I vilken omfattning använder du metoden?

1 \_\_\_\_\_ 2 \_\_\_\_\_ 3 \_\_\_\_\_ 4 \_\_\_\_\_ 5 \_\_\_\_\_ 6 \_\_\_\_\_ 7 \_\_\_\_\_ 8 \_\_\_\_\_ 9 \_\_\_\_\_ 10  
 I låg grad I hög grad

#### 15. Metod: Sociala berättelser

Ja ☐ nej ☐

För speciell målgrupp, barn och ungdomar med:

Rörelsehinder ☐  
 Autism/autismliknande tillstånd ☐  
 Utvecklingstörning ☐  
 Downs Syndrom ☐  
 ADHD ☐  
 Förvärvad hjärnskada ☐

Flerfunktionsnedsättning ☐

Om annan funktionsnedsättning, vilken eller vilka:

---

---

I vilken omfattning använder du metoden?

1\_\_\_\_2\_\_\_\_3\_\_\_\_4\_\_\_\_5\_\_\_\_6\_\_\_\_7\_\_\_\_8\_\_\_\_9\_\_\_\_10  
I låg grad I hög grad

### 16. Metod: Musik (sång, rytm mm.)

ja ☐

nej ☐

Om ja besvara följande frågor

För speciell målgrupp, barn och ungdomar med:

Rörelsehinder ☐

Autism/autismliknande tillstånd ☐

Utvecklingstörning ☐

Downs Syndrom ☐

ADHD ☐

Förvärvad hjärnskada ☐

Flerfunktionsnedsättning ☐

Annan funktionsnedsättning ☐

Om annan funktionsnedsättning, vilken eller vilka:

---

---

I vilken omfattning använder du metoden?

1\_\_\_\_2\_\_\_\_3\_\_\_\_4\_\_\_\_5\_\_\_\_6\_\_\_\_7\_\_\_\_8\_\_\_\_9\_\_\_\_10  
I låg grad I hög grad

### 17. Metod: Dator

Ja ☐

nej ☐

För speciell målgrupp, barn och ungdomar med:

Rörelsehinder ☐

Autism/autismliknande tillstånd ☐

Utvecklingstörning ☐

Downs Syndrom ☐

ADHD ☐

Förvärvad hjärnskada ☐

Flerfunktionsnedsättning ☐

Om annan funktionsnedsättning, vilken eller vilka:

---

---

I vilken omfattning använder du metoden

1 \_\_\_\_\_ 2 \_\_\_\_\_ 3 \_\_\_\_\_ 4 \_\_\_\_\_ 5 \_\_\_\_\_ 6 \_\_\_\_\_ 7 \_\_\_\_\_ 8 \_\_\_\_\_ 9 \_\_\_\_\_ 10  
I låg grad I hög grad

### 18. Metod: Marte Meo

Ja ☐

nej ☐

För speciell målgrupp, barn och ungdomar med:

Rörelsehinder ☐

Autism/autismliknande tillstånd ☐

Utvecklingstörning ☐

Downs Syndrom ☐

ADHD ☐

Förvärvad hjärnskada ☐

Flerfunktionsnedsättning ☐

Om annan funktionsnedsättning, vilken eller vilka:

---

---

I vilken omfattning använder du metoden?

1 \_\_\_\_\_ 2 \_\_\_\_\_ 3 \_\_\_\_\_ 4 \_\_\_\_\_ 5 \_\_\_\_\_ 6 \_\_\_\_\_ 7 \_\_\_\_\_ 8 \_\_\_\_\_ 9 \_\_\_\_\_ 10  
I låg grad I hög grad

### 19. Metod: AKK

ja ☐

nej ☐

För speciell målgrupp, barn och ungdomar med:

Rörelsehinder ☐

Autism/autismliknande tillstånd ☐

Utvecklingstörning ☐

Downs Syndrom ☐

ADHD ☐

Förvärvad hjärnskada ☐

Flerfunktionsnedsättning ☐

Om annan funktionsnedsättning, vilken eller vilka:

---

---

I vilken omfattning använder du metoden?



1\_\_\_\_2\_\_\_\_3\_\_\_\_4\_\_\_\_5\_\_\_\_6\_\_\_\_7\_\_\_\_8\_\_\_\_9\_\_\_\_10  
I låg grad I hög grad

## 20. Metod: Gruppverksamhet

ja ☐

nej ☐

För speciell målgrupp, barn och ungdomar med:

Rörelsehinder ☐

Autism/autismliknande tillstånd ☐

Utvecklingstörning ☐

Downs Syndrom ☐

ADHD ☐

Förvärvad hjärnskada ☐

Flerfunktionsnedsättning ☐

Om annan funktionsnedsättning, vilken eller vilka:

---

---

I vilken omfattning använder du metoden?

1\_\_\_\_2\_\_\_\_3\_\_\_\_4\_\_\_\_5\_\_\_\_6\_\_\_\_7\_\_\_\_8\_\_\_\_9\_\_\_\_10  
I låg grad I hög grad

## 21. Metod: Samtal (med speciellt syfte)

ja ☐

nej ☐

För speciell målgrupp, barn och ungdomar med:

Rörelsehinder ☐

Autism/autismliknande tillstånd ☐

Utvecklingstörning ☐

Downs Syndrom ☐

ADHD ☐

Förvärvad hjärnskada ☐

Flerfunktionsnedsättning ☐

Om annan funktionsnedsättning, vilken eller vilka:

---

---

I vilken omfattning använder du metoden?

1\_\_\_\_2\_\_\_\_3\_\_\_\_4\_\_\_\_5\_\_\_\_6\_\_\_\_7\_\_\_\_8\_\_\_\_9\_\_\_\_10  
I låg grad I hög grad

## 22. Här får du möjlighet att fylla på metoder du använder som inte finns med i ovanstående material.

Metod: : \_\_\_\_\_

**För barn och ungdomar med:**

- Rörelsehinder ☐
- Autism/autismliknande tillstånd ☐
- Utvecklingstörning ☐
- Downs Syndrom ☐
- ADHD ☐
- Förvärvad hjärnskada ☐
- Flerfunktionsnedsättning ☐

Om annan funktionsnedsättning, vilken eller vilka:

---

---

I vilken omfattning använder du metoden?

1\_\_\_\_2\_\_\_\_3\_\_\_\_4\_\_\_\_5\_\_\_\_6\_\_\_\_7\_\_\_\_8\_\_\_\_9\_\_\_\_10  
I låg grad I hög grad

**Metod: :** \_\_\_\_\_

För speciell målgrupp, barn och ungdomar med:

- Rörelsehinder ☐
- Autism/autismliknande tillstånd ☐
- Utvecklingstörning ☐
- Downs Syndrom ☐
- ADHD ☐
- Förvärvad hjärnskada ☐
- Flerfunktionsnedsättning ☐

Om annan funktionsnedsättning, vilken eller vilka:

---

---

I vilken omfattning använder du metoden?

1\_\_\_\_2\_\_\_\_3\_\_\_\_4\_\_\_\_5\_\_\_\_6\_\_\_\_7\_\_\_\_8\_\_\_\_9\_\_\_\_10  
I låg grad I hög grad

**Metod: :** \_\_\_\_\_

För speciell målgrupp, barn och ungdomar med:

- Rörelsehinder ☐
- Autism/autismliknande tillstånd ☐
- Utvecklingstörning ☐
- Downs Syndrom ☐
- ADHD ☐
- Förvärvad hjärnskada ☐
- Flerfunktionsnedsättning ☐

Om annan funktionsnedsättning, vilken eller vilka:

---

---

I vilken omfattning använder du metoden?

1\_\_\_\_2\_\_\_\_3\_\_\_\_4\_\_\_\_5\_\_\_\_6\_\_\_\_7\_\_\_\_8\_\_\_\_9\_\_\_\_10

I låg grad

I hög grad

**Metod: :**\_\_\_\_\_

För speciell målgrupp, barn och ungdomar med:

Rörelsehinder ☐

Autism/autismliknande tillstånd ☐

Utvecklingstörning ☐

Downs Syndrom ☐

ADHD ☐

Förvärvad hjärnskada ☐

Om annan funktionsnedsättning, vilken eller vilka:

---

---

I vilken omfattning använder du metoden?

1\_\_\_\_2\_\_\_\_3\_\_\_\_4\_\_\_\_5\_\_\_\_6\_\_\_\_7\_\_\_\_8\_\_\_\_9\_\_\_\_10

I låg grad

I hög grad

**Metod:**\_\_\_\_\_

För speciell målgrupp, barn och ungdomar med:

Rörelsehinder ☐

Autism/autismliknande tillstånd ☐

Utvecklingstörning ☐

ADHD ☐

Förvärvad hjärnskada ☐

Annan funktionsnedsättning ☐

Om annan funktionsnedsättning, vilken eller vilka:

---

---

I vilken omfattning använder du metoden?

1\_\_\_\_2\_\_\_\_3\_\_\_\_4\_\_\_\_5\_\_\_\_6\_\_\_\_7\_\_\_\_8\_\_\_\_9\_\_\_\_10

I låg grad

I hög grad

**Avslutningsvis vill vi gärna att du delger oss om du har tankar kring specialpedagogens arbete på Barn- och ungdomshabiliteringen och evidens.**



## Bilaga 2

Göteborg 091110

Hej!

Vi är två specialpedagoger, Annika Pilups och Maria Attfors Östlind som arbetar på habiliteringen i Göteborg. Annika på Datateket/ Barn- och ungdomshabiliteringen och Maria på Regionhabiliteringen Drottning Silvias barn- och ungdomssjukhus.

Vi skall skriva vår magisteruppsats i specialpedagogik vid Göteborgs universitet. Vi vill undersöka vilken evidens det finns kring specialpedagogiska metoder som används på habiliteringen. Därför vill vi ha din hjälp att ta reda på vilka metoder som du använder i ditt arbete som specialpedagog i habiliteringen.

Din medverkan är viktig. Vi önskar din hjälp med att fylla i enkäten om vilka metoder som du använder i ditt arbete på habiliteringen och skicka den till oss i bifogade kuvert senast 091126.

Denna enkät skickas till utvalda barn och ungdomshabiliteringar i Sverige. Enkäterna kommer att kodas så att vi kan utläsa svarsfrekvensen från olika områden. Du kommer att vara anonym i undersökningen. Det går inte att identifiera dig eller din habilitering i redovisningen.

Om ni behöver fler enkäter var vänlig och kopiera rätt antal.

Tack för din medverkan.

Med vänlig hälsning

Annika Pilups

Datateket,  
Barn och ungdomshab  
Lundbystrand Box 8825  
402 71 Göteborg  
Tel: 031-759 21 10  
[annika.pilups@vgregion.se](mailto:annika.pilups@vgregion.se)

Maria Attfors Östlind

Regionhabiliteringen  
Drottning Silvias barn- och  
ungdomssjukhus  
Box 21062  
418 04 Göteborg  
Tel: 031-50 26 24  
[maria.attfors-  
ostlind@vgregion.se](mailto:maria.attfors-ostlind@vgregion.se)

## Bilaga 3

Göteborg 091110

### För kännedom.

Till berörd Habiliteringschef

Hej!

I veckan kommer en enkät att skickas ut till specialpedagogerna vid din habilitering. Vi är två specialpedagoger, Annika Pilups och Maria Attfors Östlind som arbetar på habiliteringen i Göteborg. Annika på Datateket/ Barn- och ungdomshabiliteringen och Maria på Regionhabiliteringen Drottning Silvias barn- och ungdomssjukhus.

Vi skall skriva vår magisteruppsats i specialpedagogik vid Göteborgs universitet. Vi vill undersöka vilken evidens det finns kring specialpedagogiska metoder som används på habiliteringen. Vi önskar hjälp av specialpedagogerna med att fylla i enkäten om vilka metoder som de använder i sitt arbete på habiliteringen. Deras medverkan är betydelsefull.

Denna enkät skickas till utvalda barn och ungdomshabiliteringar i Sverige. Enkäterna kommer att koda så att vi kan utläsa svarsfrekvensen från olika områden. Respondenterna kommer att vara anonyma i undersökningen. Det går inte att identifiera person eller habilitering i redovisningen.

Med vänlig hälsning

Annika Pilups

Datateket  
Barn och  
ungdomshabiliteringen  
Lundbystrand  
Box 8825 402 71  
Göteborg  
Tel: 031-759 21 10  
[annika.pilups@vgregion.se](mailto:annika.pilups@vgregion.se)  
se

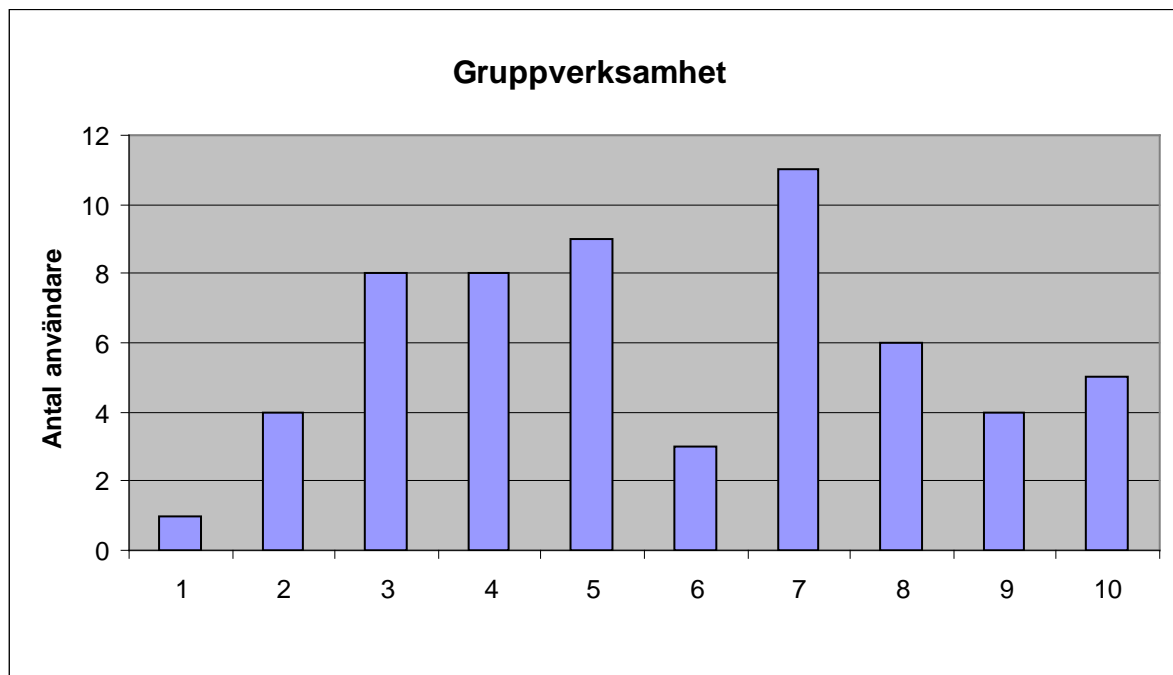
Maria Attfors Östlind

Regionhabiliteringen  
Drottning Silvias Barn- och  
ungdomssjukhus  
Box 21062  
418 04 Göteborg  
Tel: 031-50 26 24  
[maria.attfors-  
ostlind@vgregion.se](mailto:maria.attfors-ostlind@vgregion.se)

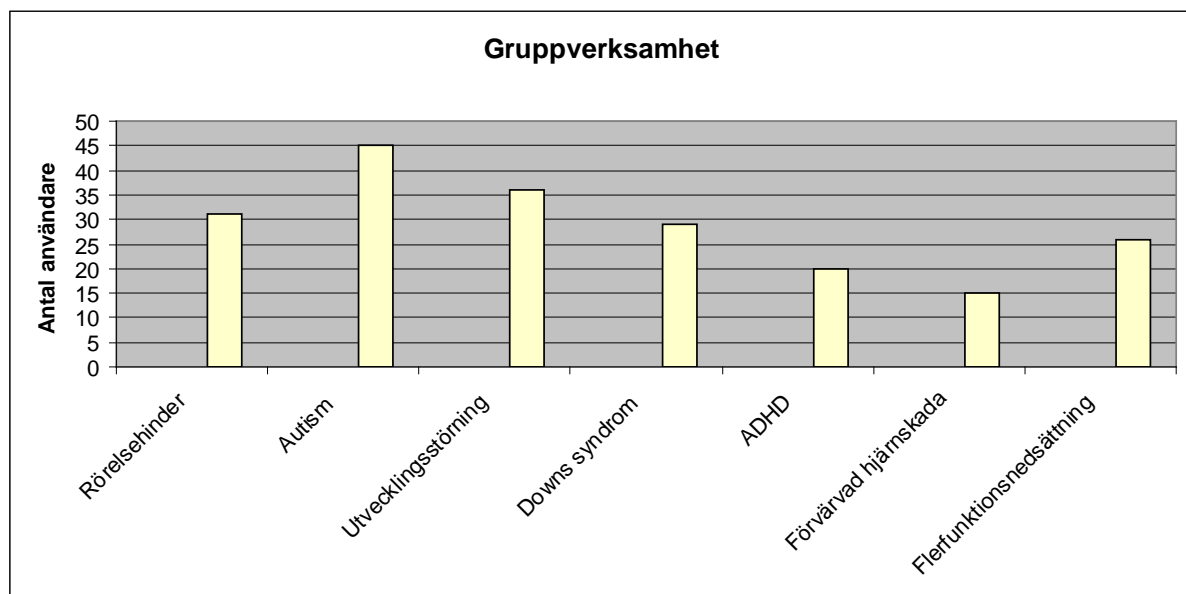
## Bilaga 4

### Gruppverksamheten

Metoden används av 62 informanter.



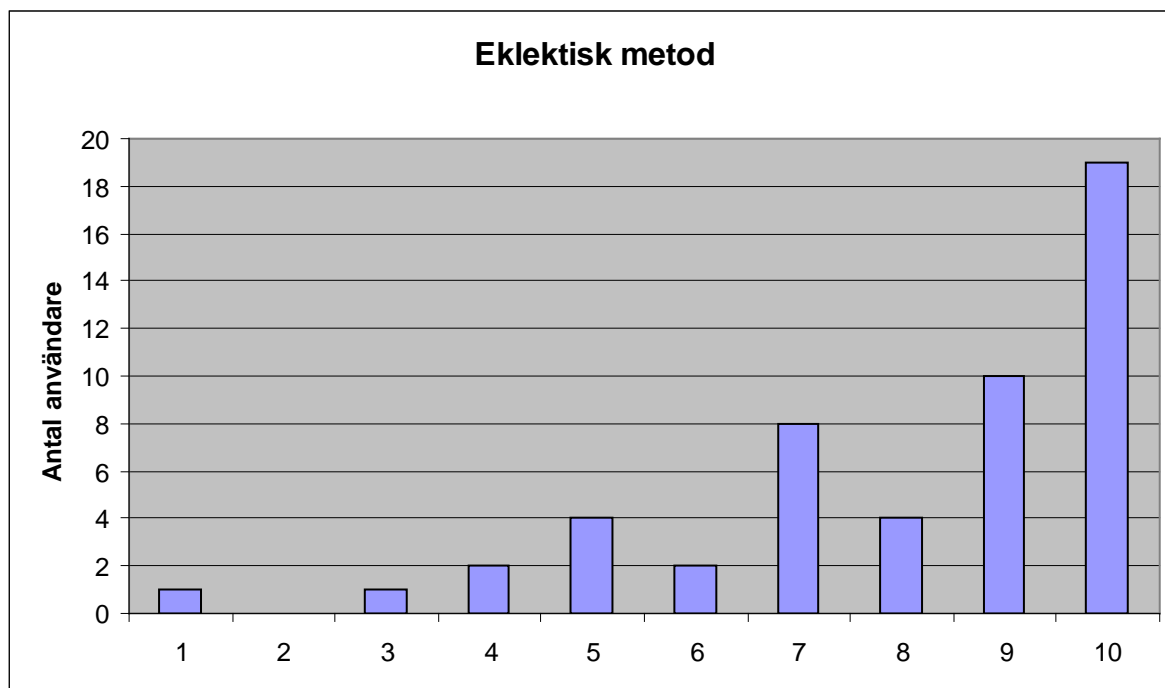
Figur 11.1 Omfattning av användandet av metoder



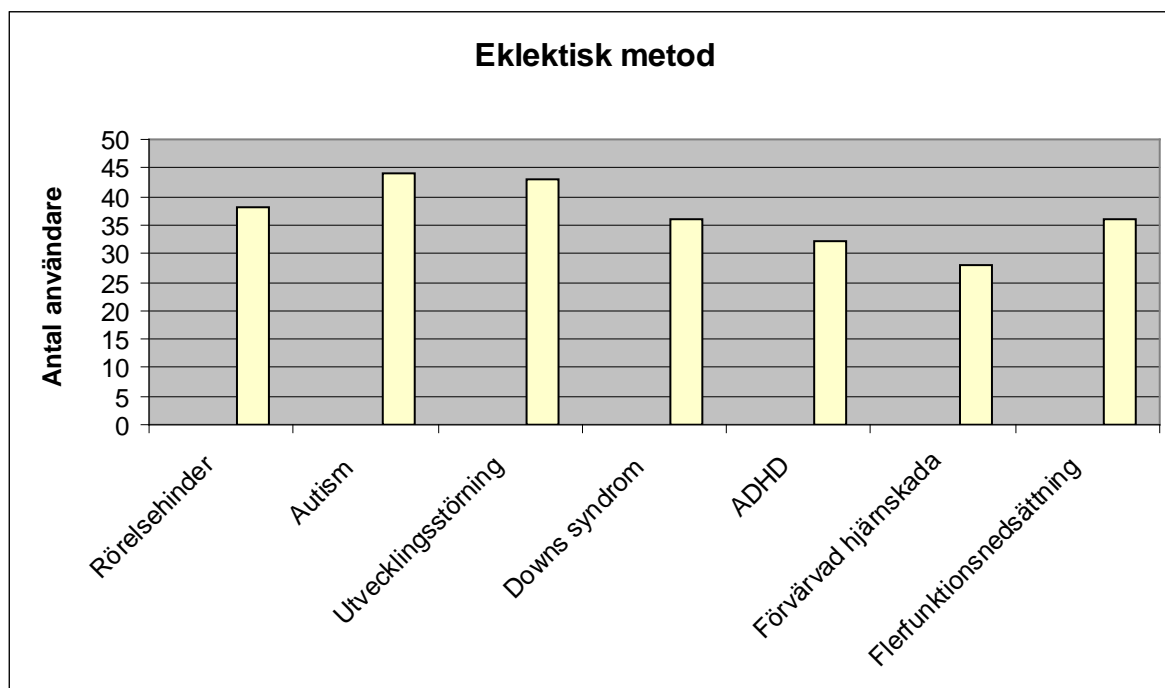
Figur 11.2 Till vilka diagnosgrupper metoden används

## Eklektisk metod

Metoden används av 55 informanter.



Figur 12.1 Omfattning av användandet av metoder

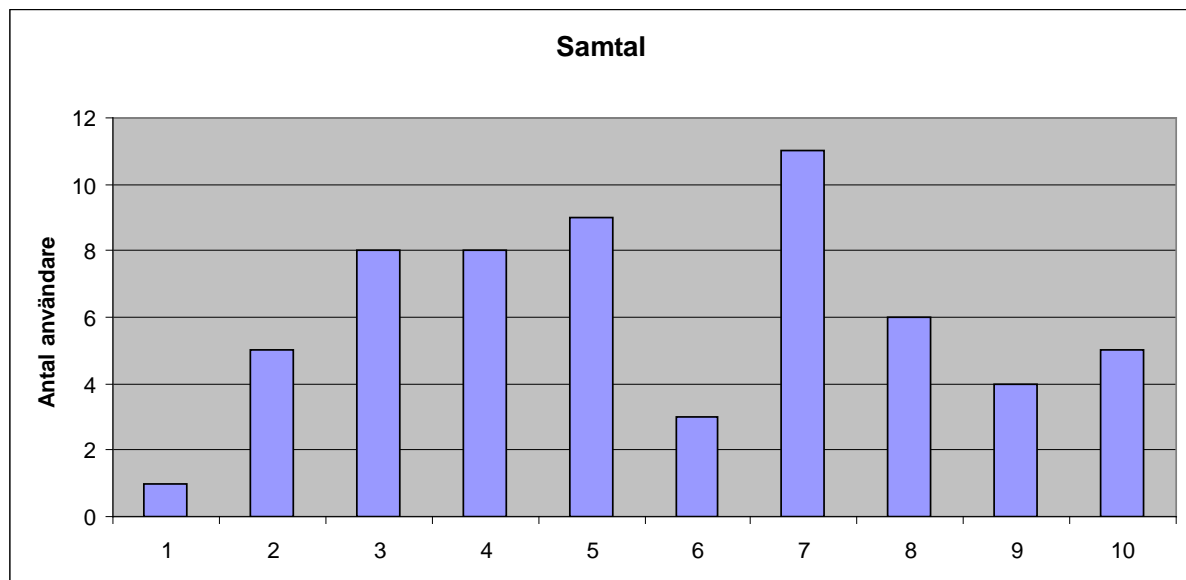


Figur 12.2 Till vilka diagnosgrupper metoden används

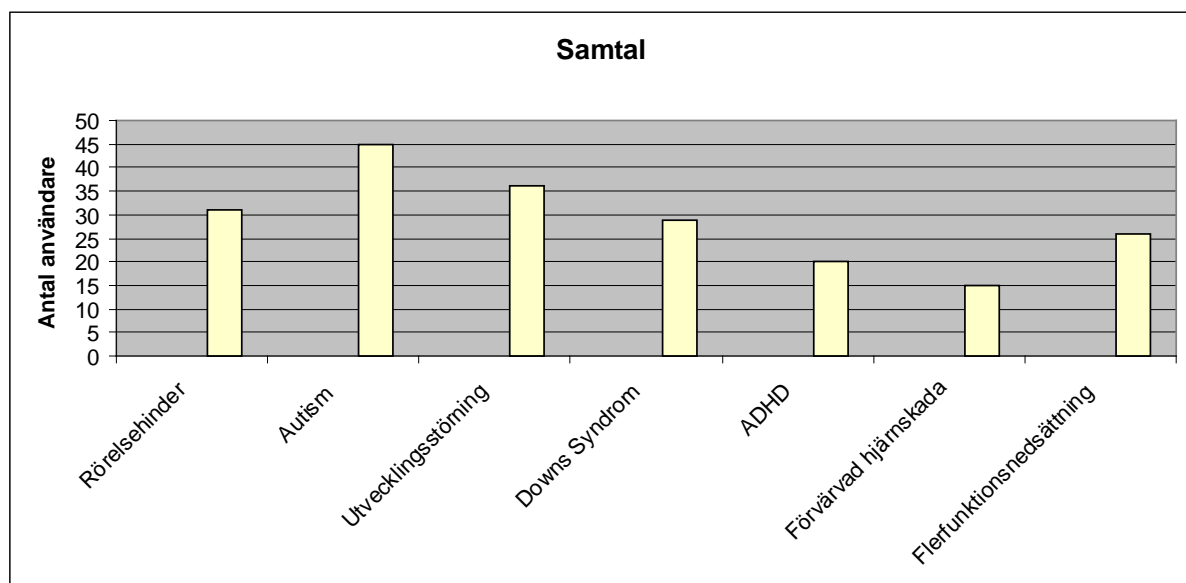


## Samtal

Metoden används av 46 informanter.



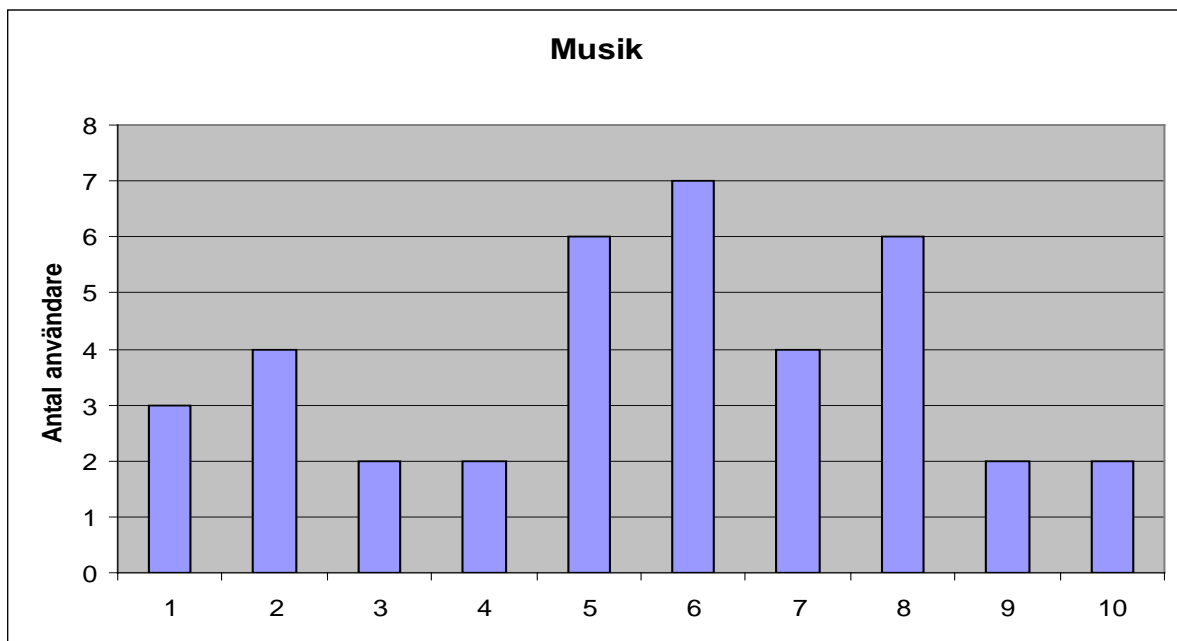
Figur 13.1 Omfattning av användandet av metoder



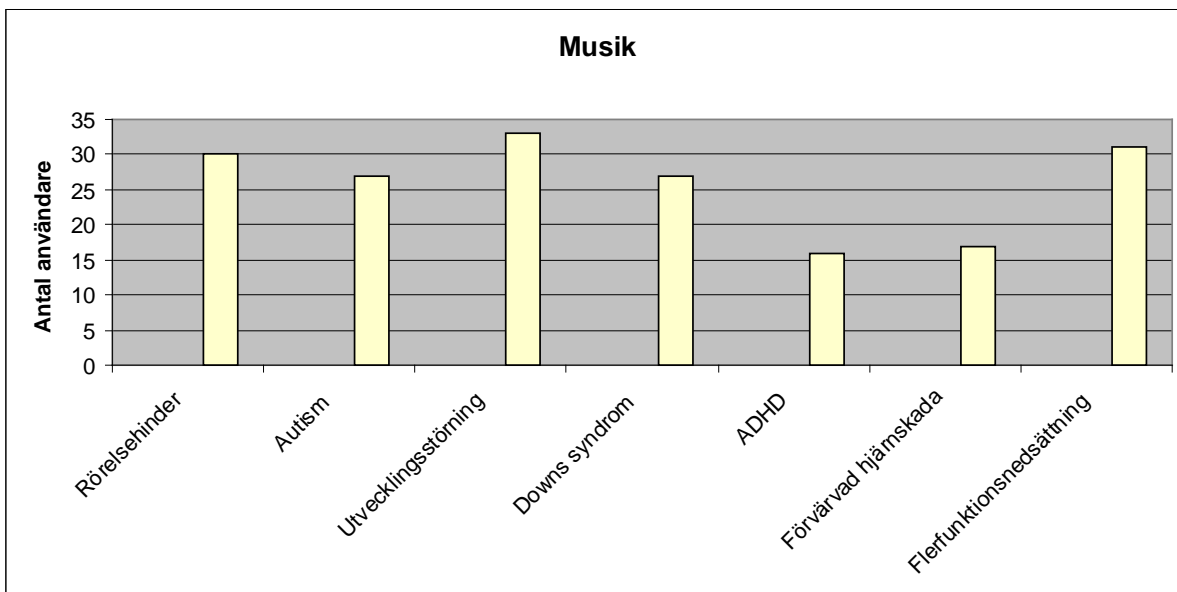
Figur 13.2 Till vilka diagnosgrupper metoden används.

## Musik

Metoden används av 40 informanter.



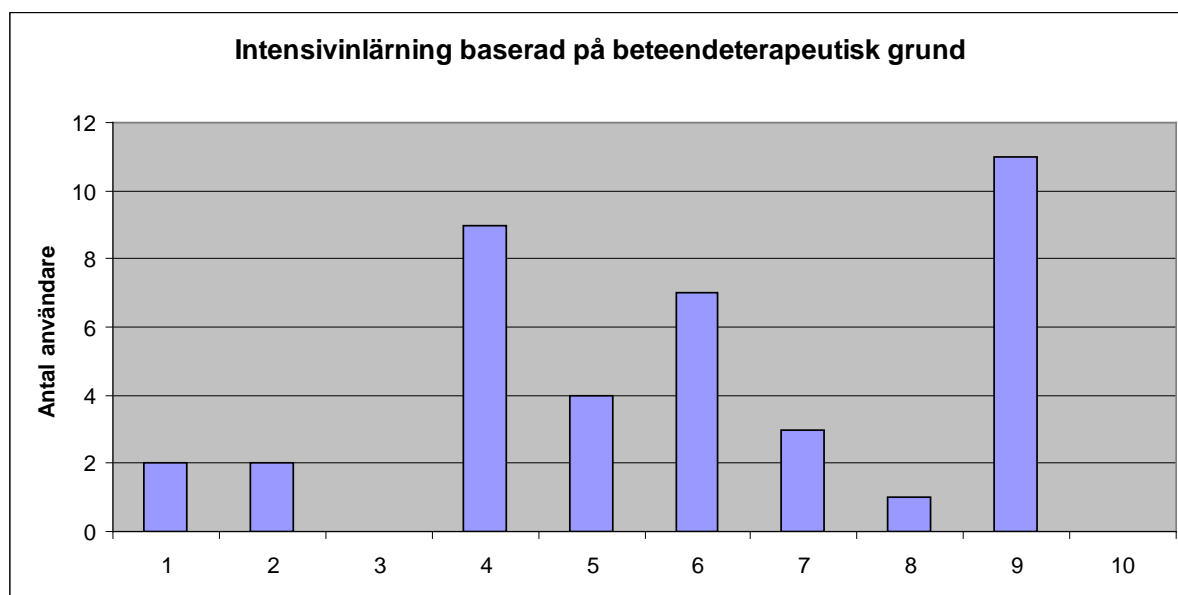
Figur 14.1 Omfattning av användandet av metoder



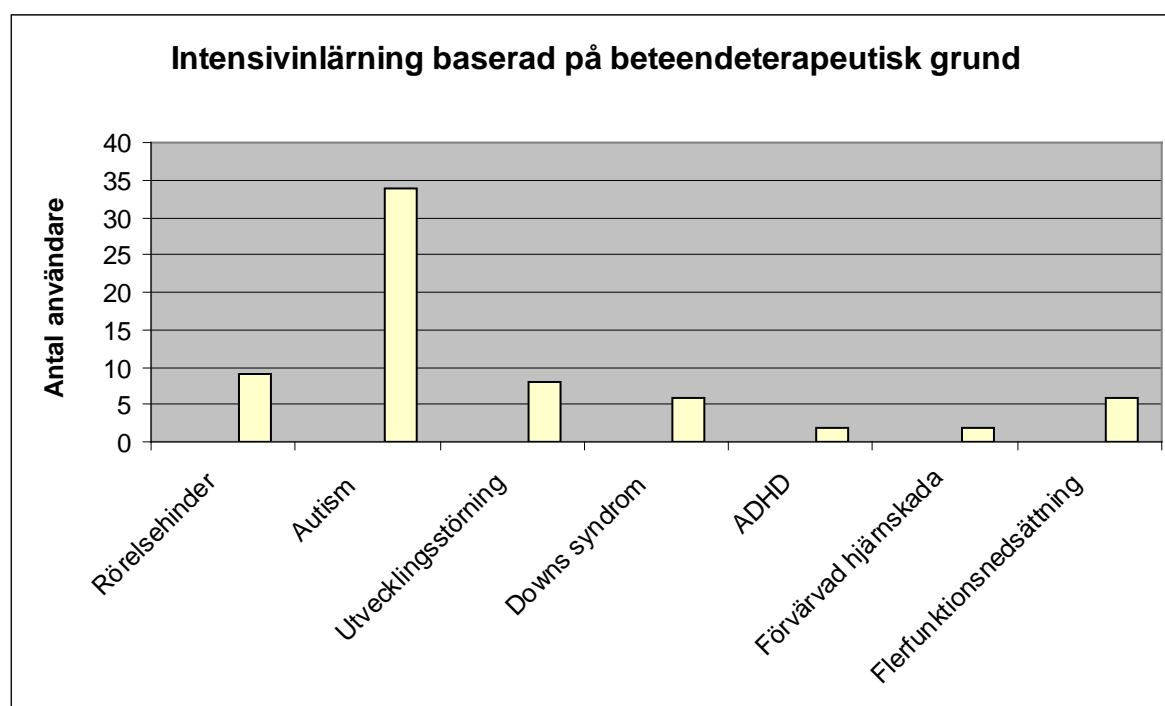
Figur 14.2 Till vilka diagnosgrupper metoden används.

## Intensivlärlning baserad på beteendeterapi

Metoden används av 39 informanter.



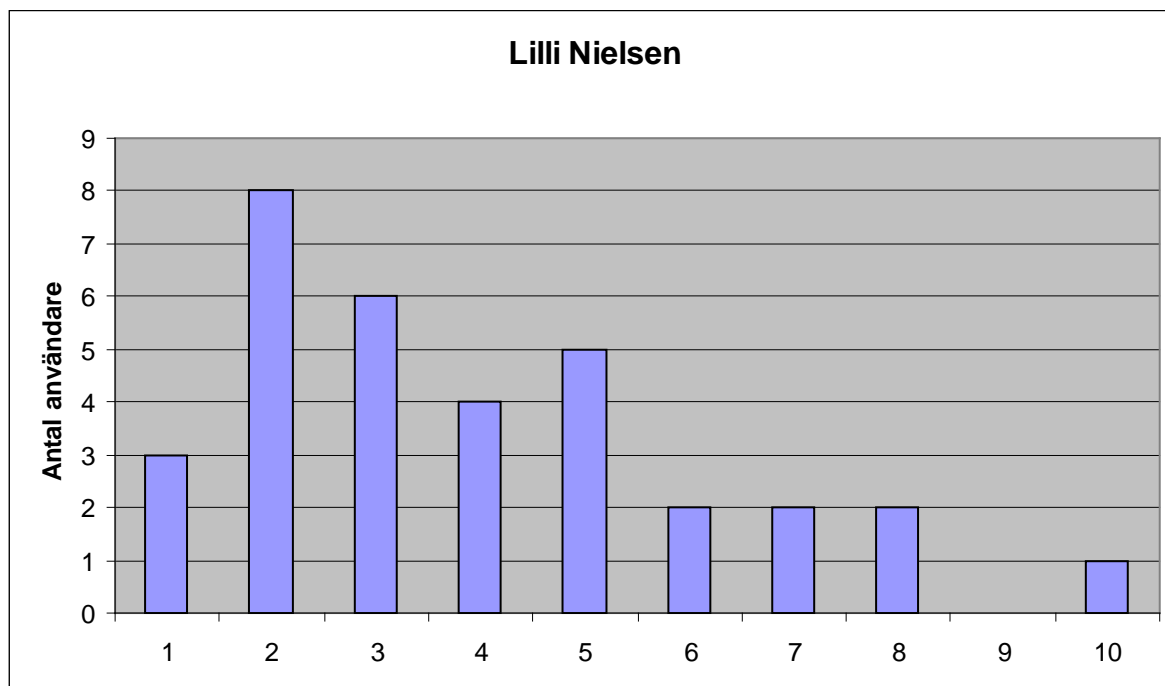
Figur 15.1 Omfattning av användandet av metoder.



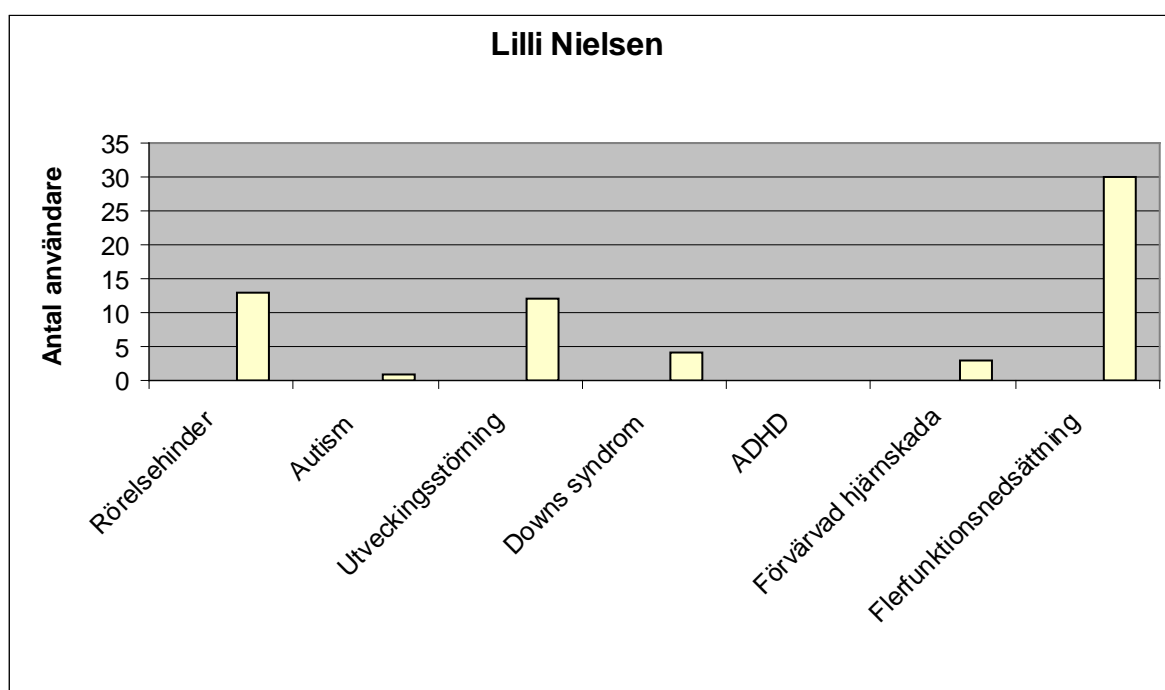
Figur 15.2 Till vilka diagnosgrupper metoden används.

## Lilli Nielsen

Metoden används av 36 informanter.



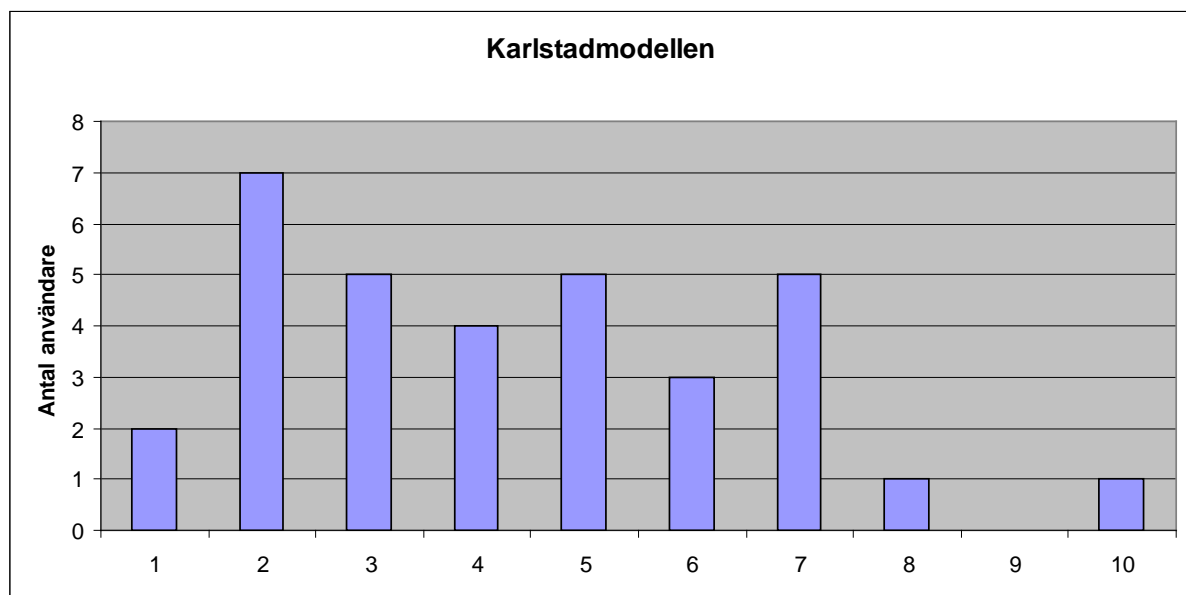
Figur 16.1 Omfattning av användandet av metoder.



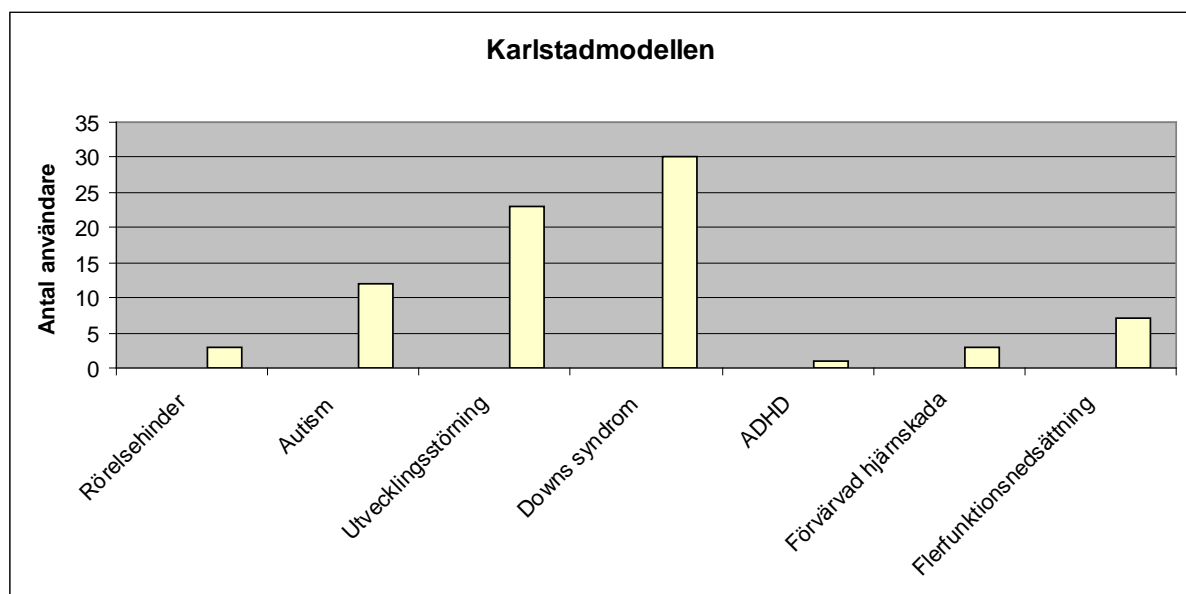
Figur 16.2 Till vilka diagnosgrupper metoden används.

## Karlstadmodellen

Metoden används av 34 informanter.



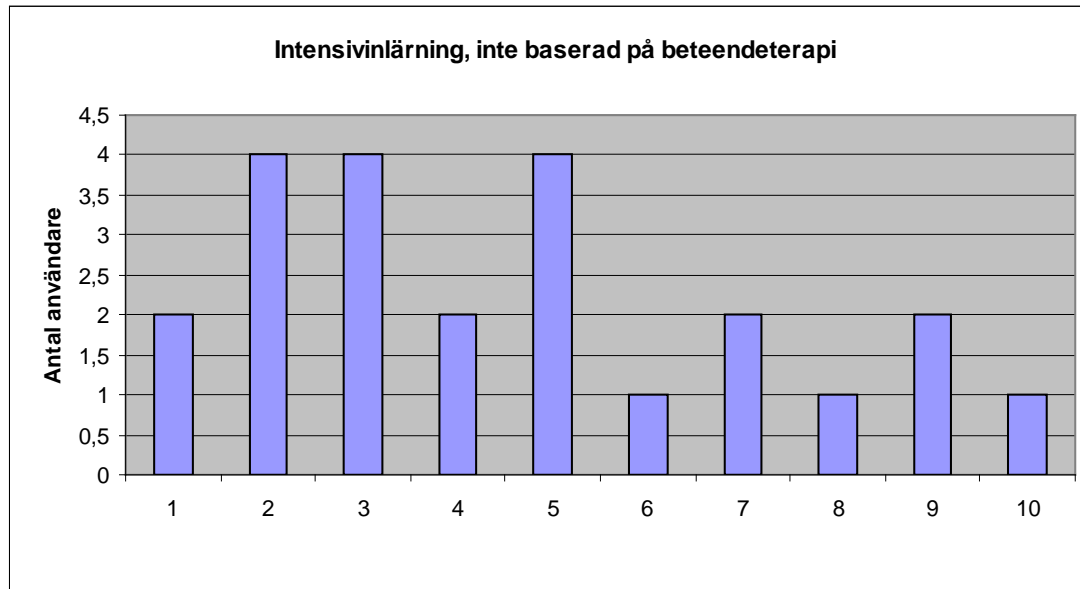
Figur 17.1 Omfattning av användandet av metoder.



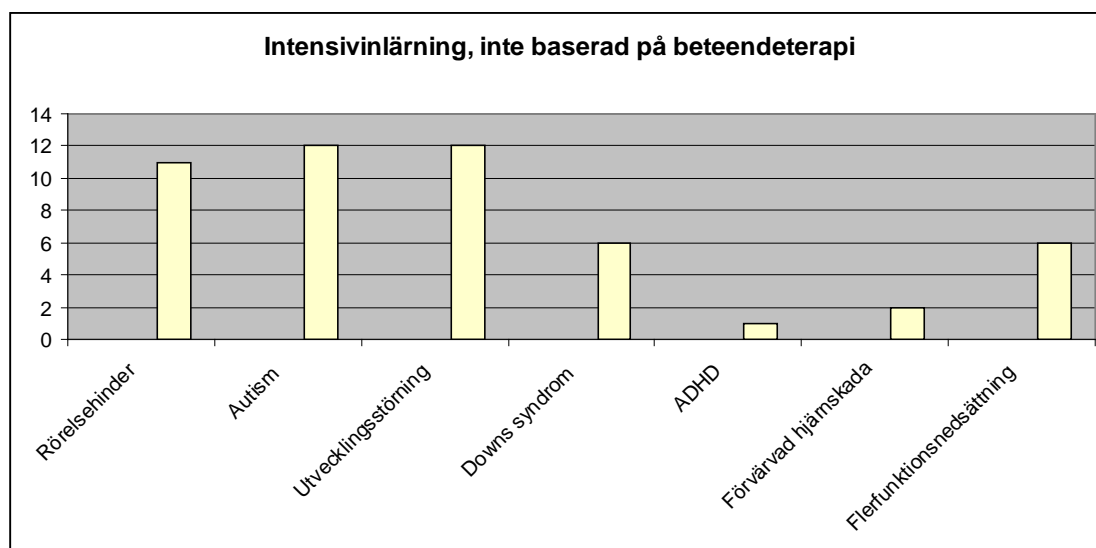
Figur 17.2 Till vilka diagnosgrupper metoden används.

## Intensivlärlning inte baserad på beteendeterapi

Metoden används av 25 informanter.



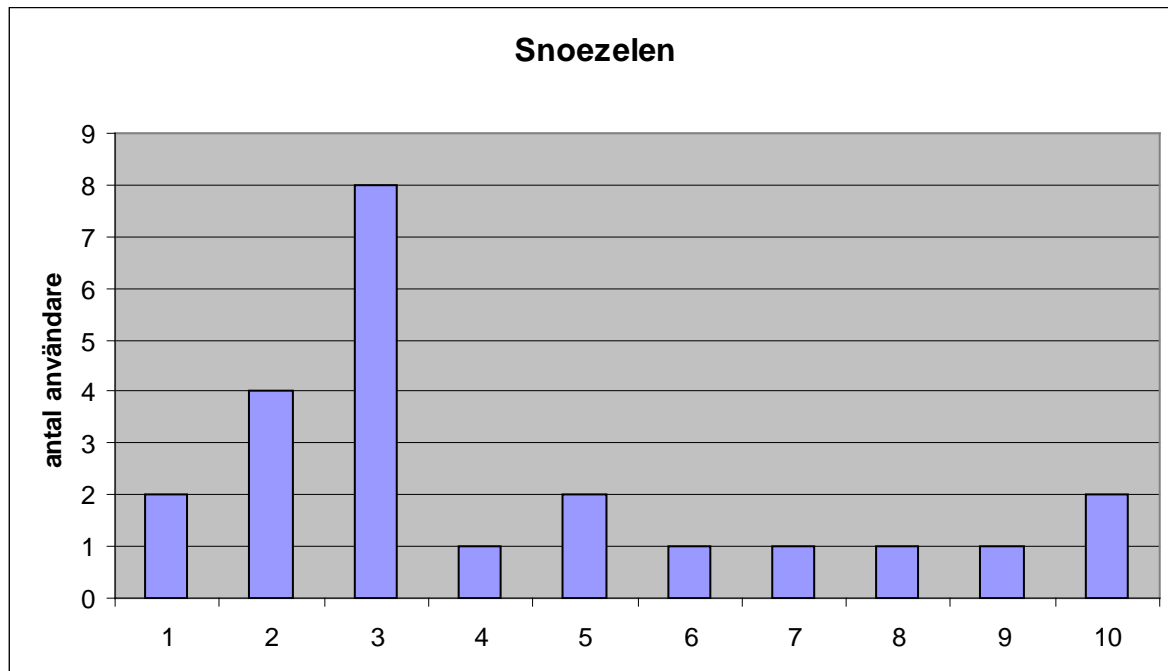
Figur 18.1 Omfattning av användandet av metoder.



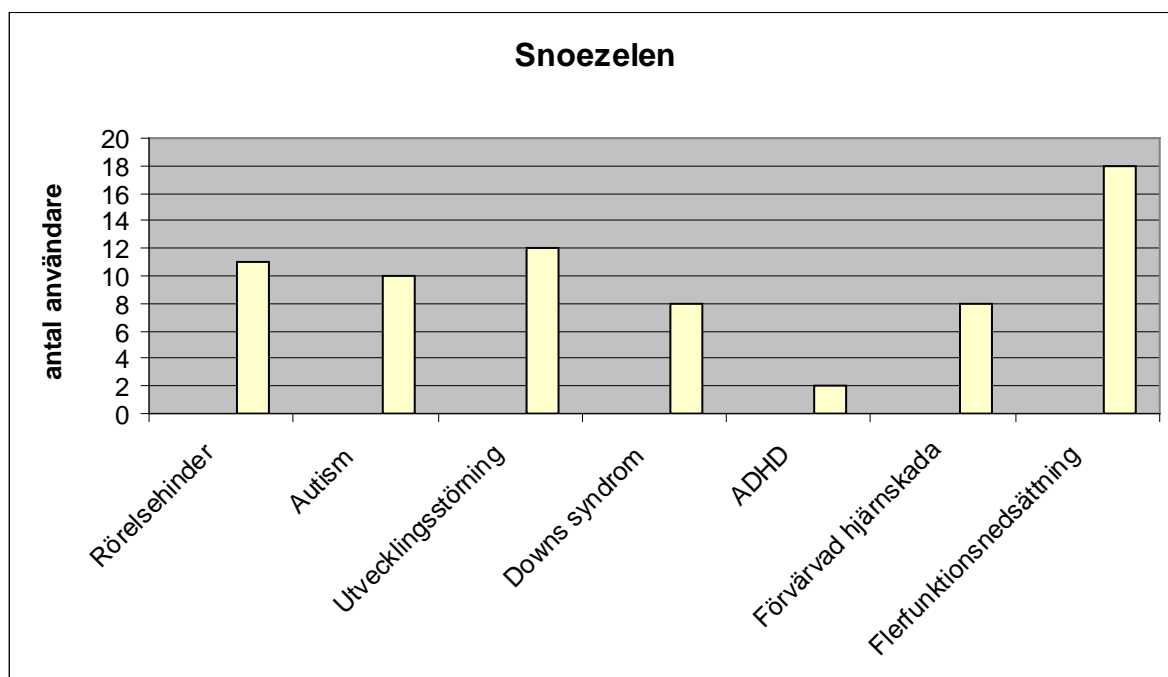
Figur 18.2 Till vilka diagnosgrupper metoden används.

## Snoezelen

Metoden används av 24 informanter.



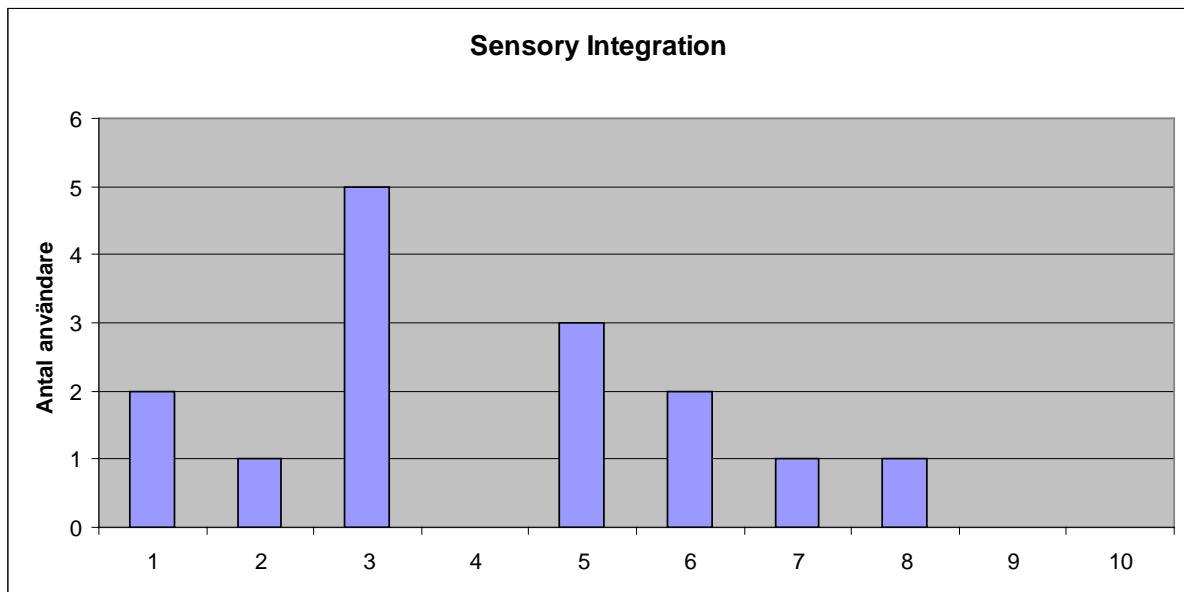
Figur 19.1 Omfattning av användandet av metoder.



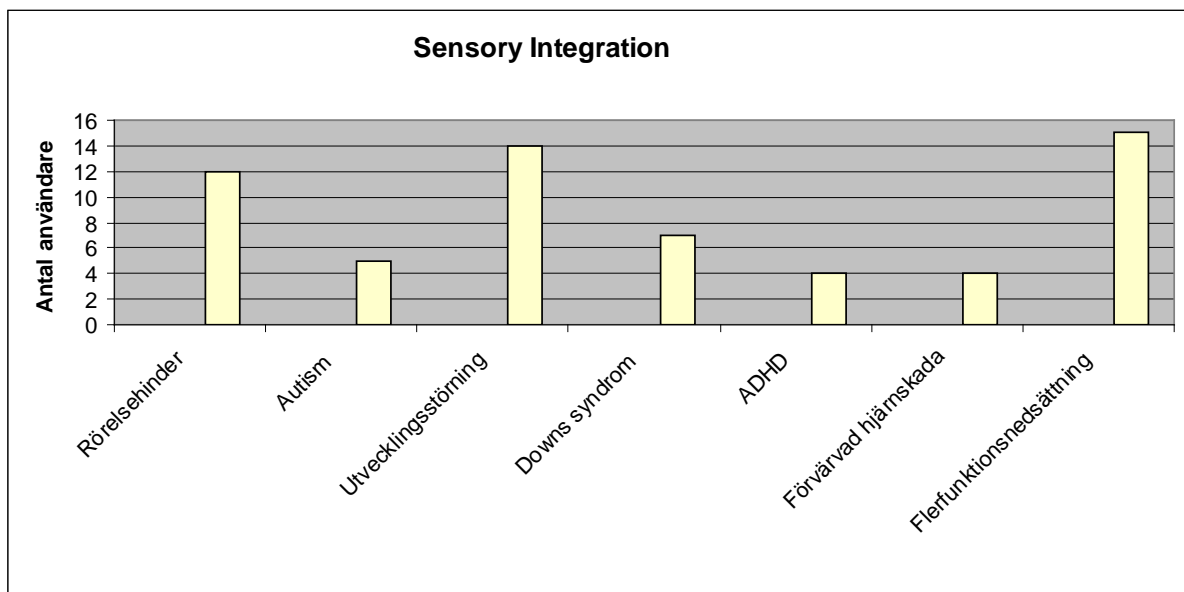
Figur 19.2 Till vilka diagnosgrupper metoden används.

## Sensory Integration

Metoden används av 16 informanter.



Figur 20.1 Omfattning av användandet av metoder

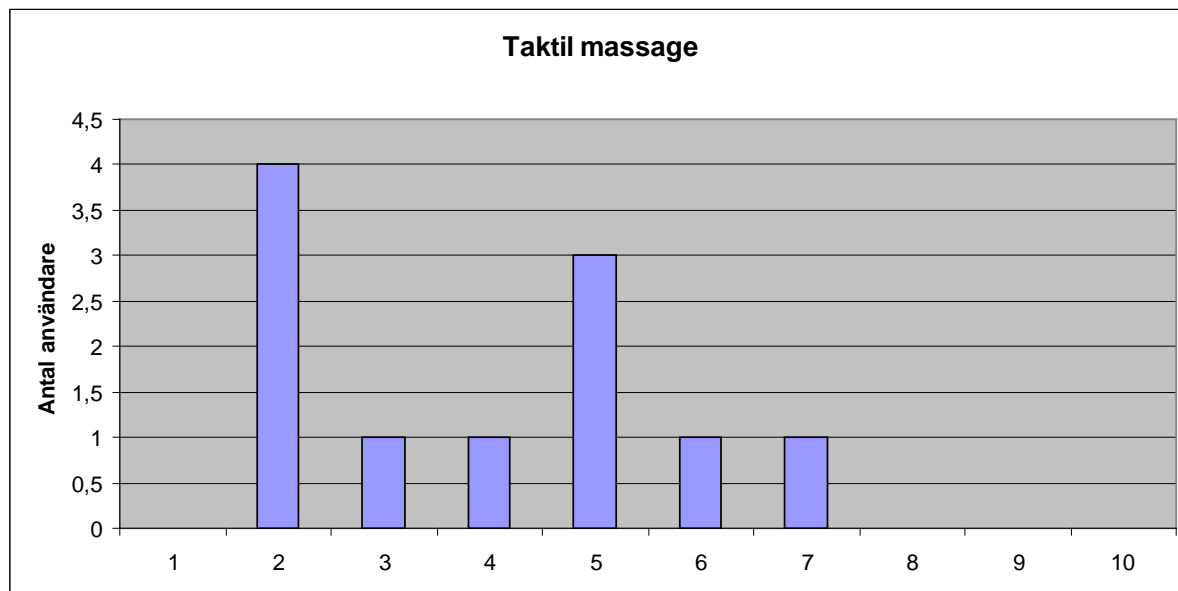


Figur 20.2 Till vilka diagnosgrupper metoden används.

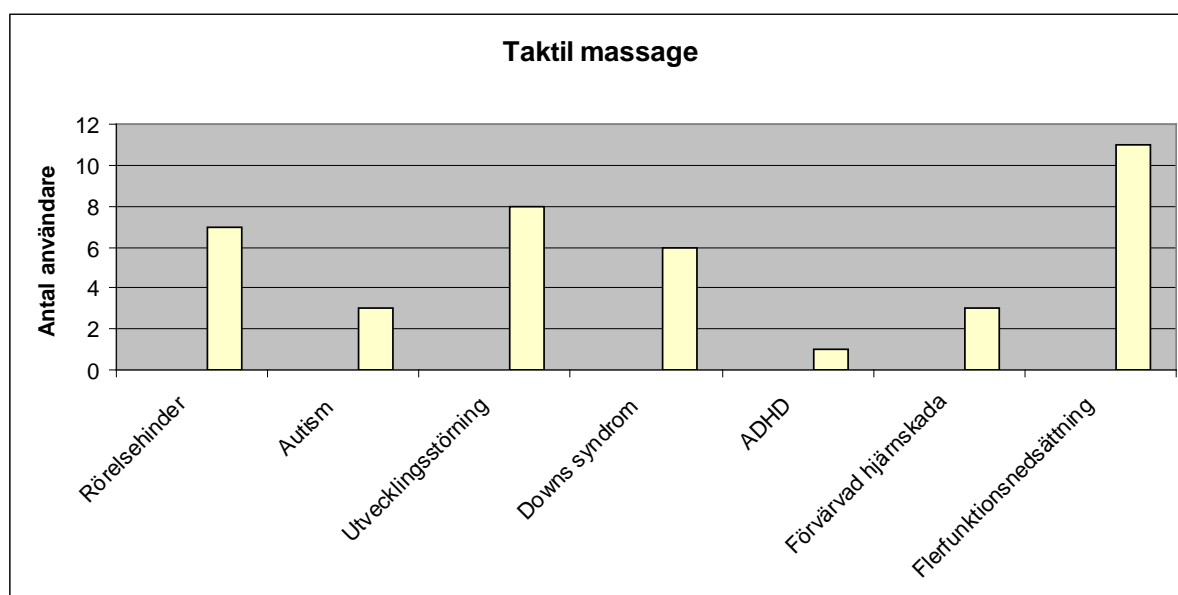


## Taktil massage

Metoden används av 12 informanter.



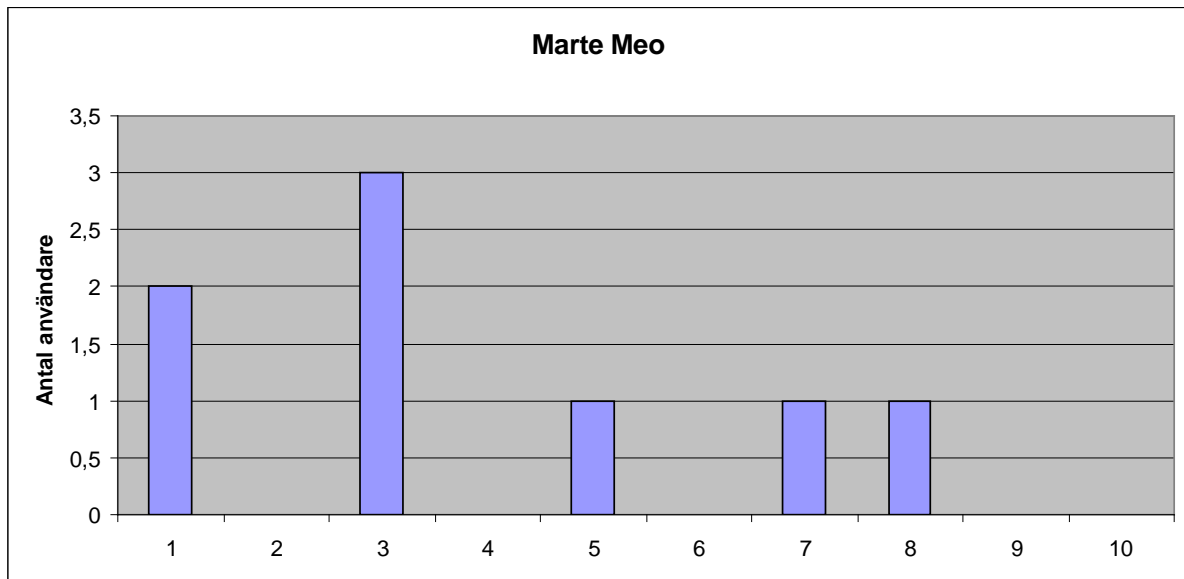
Figur 21.1 Omfattning av användandet av metoder.



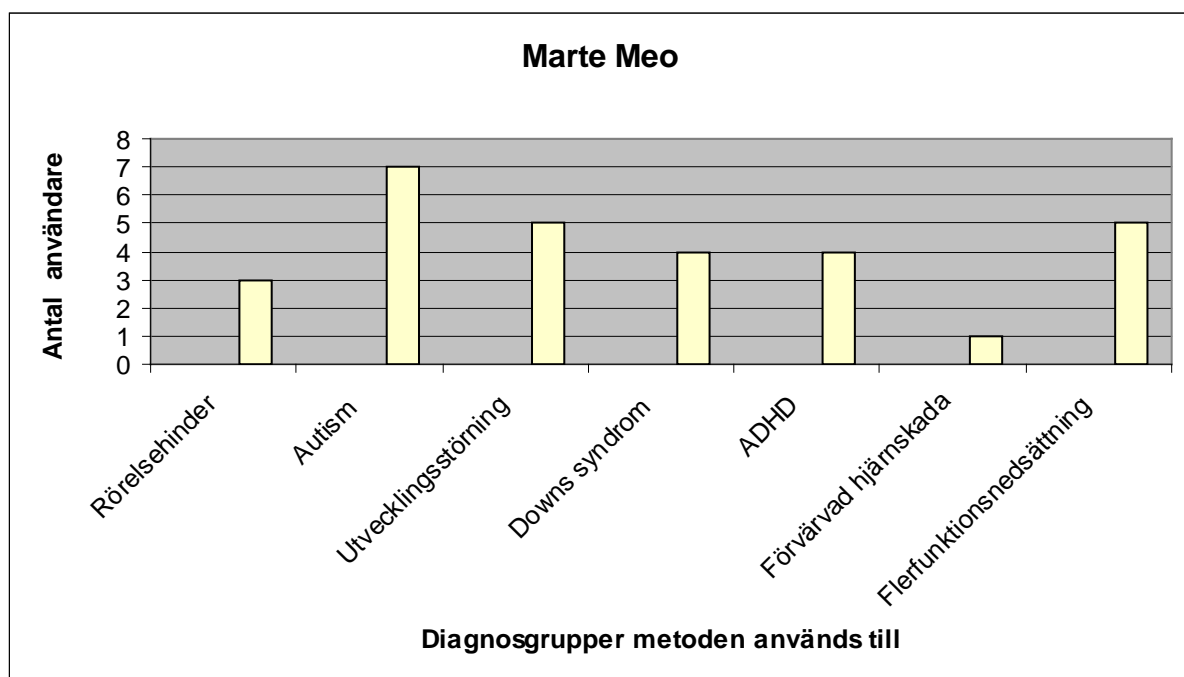
Figur 21.2 Till vilka diagnosgrupper metoden används.

## MarteMeo

Metoden används av 8 informanter.



Figur 22.1 Omfattning av användandet av metoder.



Figur 22.2 Till vilka diagnosgrupper metoden används.

